

# 구강 건강 평가서(Oral Health Assessment Form)

3회세 이상의 모든 학생들은 이 양식을 사용해 구강 건강 상태를 학교/보육 시설에 신고하시기 바랍니다.

## 작성 안내

- 아래 파트 1 을 작성합니다. 본 양식을 아이/학생의 치과 의료 제공자에게 가져갑니다. 치과 의료 제공자는 파트 2 를 작성해야 합니다.
- 완전히 작성하고 서명을 마친 양식을 학생의 학교/보육 시설로 제출하십시오.

## 파트 1: 아동/학생 정보(부모/보호자가 작성)

이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 중간 이니셜 \_\_\_\_\_

학교명 또는 보육 시설 이름 \_\_\_\_\_

학생 ID \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(MMDDYYYY):

현재 성별 정체성: \_\_\_\_\_

집 주소: \_\_\_\_\_ 거주 주: \_\_\_\_\_ 거주지 우편 번호 \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--

학교 학년	어린 이집	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	성인 교육.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 파트 2: 아동/학생의 구강 건강 상태(치과 의료 제공자 작성)

- |  |                                      |                                     |                                |                                |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 환자에게 <b>분명히 구멍이 생긴</b> 치아(치료받지 않은 충치)가 최소 한 개 있습니까? 치아의 에나멜 구조에 뚜렷한 분해 흔적이 없는 치아에 난 착색 자국이나 갈라진 틈, 또는 비충치성 탈염분 병변(예: 백반 자국)은 해당되지 않습니다. | 예<br><input type="checkbox"/>        | 아니<br>요<br><input type="checkbox"/> |                                |                                |
| 2. 환자에게 <b>충치 치료를 받은</b> 치아가 최소 한 개 있습니까? 여기에는 치과 충치 치료의 결과로서 아말감, 임시 치아, 또는 크라운이 있는 치아가 포함됩니다.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            |                                |                                |
| 3. 환자에게 <b>실란트(sealant)의 일부 또는 전체가 남아있는</b> 영구치(어금니)가 최소 한 개 있습니까?   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            |                                |                                |
| 4. 환자에게 <b>환자의 정기 검진일 전에 치료를 요하는</b> 미치료 충치 또는 기타 구강 건강 문제가 있습니까? (조기 치료 필요)   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            |                                |                                |
| 5. 환자에게 <b>통증, 농양 또는 부기</b> 가 있습니까? (긴급 치료 필요)   |                                      |                                     |                                |                                |
| 6. 환자의 구강 내 몇 개의 <b>유치가</b> 아래와 같은 충치의 영향을 받고 있습니까?<br>a. <b>치료받지 않은 충치</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            |                                |                                |
| b. <b>필링/크라운으로 치료된 충치</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |                                      |                                     |                                |                                |
| 7. 환자의 구강 내 몇 개의 <b>영구치가</b> 아래와 같은 충치의 영향을 받고 있습니까?<br>a. <b>치료받지 않은 충치</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |                                      |                                     |                                |                                |
| b. <b>필링/크라운으로 치료된 충치</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |                                      |                                     |                                |                                |
| c. <b>충치로 인해 발치한 치아</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |                                      |                                     |                                |                                |
| 8. 환자는 어떤 종류의 치과 보증을 보유하고 있습니까?  | Medicaid<br><input type="checkbox"/> | 민간 보험<br><input type="checkbox"/>   | 기타<br><input type="checkbox"/> | 없음<br><input type="checkbox"/> |

치과 의료 제공자 이름 \_\_\_\_\_

치과 병원 도장 \_\_\_\_\_

치과 의료 제공자 서명 \_\_\_\_\_

치과 검진 날짜 \_\_\_\_\_

본 양식은 DC 학교, 모든 헤드 스타트(Head Start) 프로그램, 그리고 보육 센터에 입학하기 위해 사용되었던 이전 버전의 DC 구강 건강 평가서를 대체합니다. 본 양식은 DC 보건부에 의해 승인되었으며 기밀이 보장되는 문서입니다. 기밀 보장은 의료 서비스 제공자들을 위한 1996 년 건강 보험 이동성 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPPA)과 DC 학교 및 기타 교육 기관들을 위한 가정의 교육적 권리와 사생활 보호법(Family Education Right and Privacy Act, FERPA)에 의거한 것입니다.