

살고싶은 도시  
함께 만드는 인천



2020년

# 아동 치과주치의 제도 사업 안내

-의료기관용-

2020.2.

◆ 본 책자는 경기도공공보건의료지원단 연구사업의 결과인 「2019년 경기도 초등학교 치과 주치의 사업 지침서」, 「2019년 경기도 초등학교 치과주치의 사업 교육 매뉴얼」을 일부 발췌·인용하였음을 밝힙니다.

# 목 차

|        |   |
|--------|---|
| 주요변경사항 | 3 |
|--------|---|

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 제1장 | 사업 개요 | 4 |
|-----|-------|---|

|      |            |   |
|------|------------|---|
| I.   | 법적근거       | 5 |
| II.  | 사업대상       | 5 |
| III. | 지원내용       | 6 |
| IV.  | 행정사항(추진일정) | 6 |

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 제2장 | 추진 체계 | 7 |
|-----|-------|---|

|      |           |    |
|------|-----------|----|
| I.   | 추진 체계     | 8  |
| II.  | 신청 및 지정   | 9  |
| III. | 서비스 세부 절차 | 9  |
| IV.  | 비용 청구     | 11 |

|     |           |    |
|-----|-----------|----|
| 제3장 | 치과주치의 서비스 | 12 |
|-----|-----------|----|

|      |        |    |
|------|--------|----|
| I.   | 구강검진   | 13 |
| II.  | 구강보건교육 | 16 |
| III. | 예방진료   | 19 |

|    |      |    |
|----|------|----|
| 붙임 | 각종서식 | 25 |
|----|------|----|

## 주요변경사항

### ① 지원주기에 대한 구체적인 기준 추가

| 당초안(2019.7.2.기준) |                 | 변경안 |                                                                          |
|------------------|-----------------|-----|--------------------------------------------------------------------------|
| 쪽                | 세부내용            | 쪽   | 세부내용                                                                     |
| 7                | ○ 지원주기 : 연1회 이상 | 5   | ○ 지원주기 : 연1회 이상<br>※ 1회 기준 : 지원내용 시행 후 청구가 완료된 상태<br>※ 2회 이상 방문 시 재청구 불가 |

### ② 지원액에 대한 기준 추가

| 당초안(2019.7.2.기준) |            | 변경안 |                                                                                                                                                 |
|------------------|------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 쪽                | 세부내용       | 쪽   | 세부내용                                                                                                                                            |
| 7                | ○ 1인당 40천원 | 5   | ○ 1인당 40천원<br>※ 다만, 특별한 사유로 문진·시진만 진행한 경우 학생 건강검진 비용만 지급(7,450원)<br>※ 지원액과 별도로 구강건강관리 서비스에 대해 국민건강보험공단에서 청구할 수 있는 항목은 건강보험심사평가원 보험인정기준 고시에 근거함. |

### ③ 세부절차 변경

| 당초안(2019.7.2.기준) |               | 변경안 |                                                           |
|------------------|---------------|-----|-----------------------------------------------------------|
| 쪽                | 세부내용          | 쪽   | 세부내용                                                      |
| 8                | ⑤ APP상 동의서 작성 | 7   | ① 가정통신문으로 사전 동의서 작성                                       |
|                  | ⑥-1 치과방문      |     | ⑥-1 치과방문 ※치과 구별 제한 없음                                     |
|                  | -             |     | ○ 치과주치의 전산 프로그램(덴티아이)에 입력된 학생 개인정보는 당해 연도 사업 종료 시 자동 삭제됨. |

### ④ 청구반려사항

| 당초안(2019.9.2.기준) |                                                      | 변경안 |      |
|------------------|------------------------------------------------------|-----|------|
| 쪽                | 세부내용                                                 | 쪽   | 세부내용 |
| -                | ○ 미시행 사유<br>- 당일 시행이 불가(보호자의 요청 등)<br>하여 재내원 시 시행 예정 | 12  | ○ 삭제 |

### ⑤ 통보서 서식 변경

| 구분                   | 쪽  | 세부내용      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------|----|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 당초안<br>(2019.7.2.기준) | 20 | 재내원<br>계획 | 예방진료 <input type="checkbox"/> 치아홈메우기 <input type="checkbox"/> 치석제거 <input type="checkbox"/> 불소도포 <input type="checkbox"/> 치면세정 <input type="checkbox"/> 예방목적의 재내원(재교육 등)<br>치료필요 <input type="checkbox"/> 충치치료 <input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 치수/치근단 치료 <input type="checkbox"/> 기타( )                                    |
| 변경안                  | 12 | 재내원<br>계획 | 치과주치의<br>1회 미완료 <input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 <input type="checkbox"/> 치아홈메우기 <input type="checkbox"/> 치석제거 <input type="checkbox"/> 불소도포<br>치과주치의<br>1회 완료 <input type="checkbox"/> 예방목적의 재내원(재교육 등)<br>치료필요 <input type="checkbox"/> 충치치료 <input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 치수/치근단 치료 <input type="checkbox"/> 기타( ) |

### ⑥ 참여 신청서 서식 신설 [28쪽]

# 제1장 사업개요

- I. 법적근거
- II. 사업대상
- III. 지원내용
- IV. 추진일정<sub>(행정사항)</sub>

# 제1장 사업개요

## I 법적근거

### □ 구강보건법 제7조(구강보건사업의 시행 등)

**제7조(구강보건사업의 시행)** ③ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 구강보건사업의 시행을 위하여 필요하면 관계 기관 또는 단체에 인력, 기술 및 재정 지원을 하거나 협조를 요청할 수 있다

### □ 학교보건법 제7조(건강검사 등)

**제7조(건강검사 등)** ① 학교의 장은 학생과 교직원에 대하여 건강검사를 하여야 한다. 다만, 교직원에 대한 건강검사는 「국민건강보험법」 제52조에 따른 건강검진으로 갈음할 수 있다.

② 학교의 장은 제1항에 따라 건강검사를 할 때에 질병의 유무 등을 조사하거나 검사하기 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 학생에 대하여는 「국민건강보험법」 제52조에 따른 건강검진 실시 기관에 의뢰하여 교육부령으로 정하는 사항에 대한 건강검사를 한다.

1. 「초·중등교육법」 제2조제1호의 학교와 이에 준하는 특수학교·각종학교의 1학년 및 4학년 학생. 다만, 구강검진은 전 학년에 대하여 실시하되, 그 방법과 비용 등에 관한 사항은 지역실정에 따라 교육감이 정한다.

### □ 인천광역시 구강건강 증진 조례 제6조 아동 치과주치의

**제6조(아동 치과주치의)** ① 시장은 「아동복지법」 제3조제1호에 따른 아동에게 구강검진, 구강보건교육, 예방적 구강진료 등 지속적 진료행위를 수행하는 아동 치과주치의를 지원할 수 있다.

② 제1항에 따른 아동 치과주치의 지원에 필요한 그 밖의 사항은 시장이 정한다.

## II 사업대상

### □ 사업대상: 관내 초등학교 5학년

(2019. 4월 기준)

| 구 분   | 초등학교 수 | 1학년    | 2학년    | 3학년    | 4학년    | 5학년    |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 계     | 250    | 27,503 | 27,101 | 26,607 | 25,378 | 26,215 |
| 중 구   | 14     | 1,438  | 1,436  | 1,330  | 1,240  | 1,288  |
| 동 구   | 8      | 653    | 619    | 642    | 582    | 583    |
| 미추홀구  | 23     | 3,136  | 3,140  | 3,002  | 2,871  | 2,922  |
| 연 수 구 | 29     | 3,983  | 3,822  | 3,803  | 3,692  | 3,852  |
| 남 동 구 | 38     | 5,215  | 5,095  | 5,024  | 4,808  | 4,839  |
| 부 평 구 | 42     | 4,245  | 4,100  | 4,043  | 4,043  | 4,156  |
| 계 양 구 | 26     | 2,456  | 2,489  | 2,542  | 2,419  | 2,597  |
| 서 구   | 44     | 5,920  | 5,905  | 5,719  | 5,208  | 5,477  |
| 강 화 군 | 20     | 352    | 386    | 398    | 412    | 403    |
| 옹 진 군 | 6      | 105    | 109    | 104    | 103    | 98     |

※ 관내 초등학교 대상 수요조사 시행하여 참여 학교 선정(2020.3월 확정 예정)

※ 학교 구강검진은 본 사업으로 대체 가능

### III 지원내용

#### ☐ 지원주기: 연1회 이상

- ※ 1회 기준 : 지원내용 시행 후 청구가 완료된 상태
- ※ 2회 이상 방문 시 지원금(4만원) 재청구 불가

#### ☐ 지원비용: 4만원/1인

- ※ 다만, 특별한 사유로 문진·시진만 진행한 경우 학생 건강검진 비용만 지급(7,450원<sup>1)</sup>)
- ※ 지원액과 별도로 구강건강관리 서비스에 대해 국민건강보험공단에 청구할 수 있는 항목은 건강보험심사평가원 보험인정기준 고시에 근거함.

#### ☐ 지원내용

| 구분       |     | 구성                                                                                                                                                   |
|----------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 구강검진     |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 문진, 시진</li> <li>· 치면세균막 검사(Disclosing agent 사용)</li> <li>· 방사선 촬영</li> </ul>                                |
| 구강보건교육   |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 구강위생관리(칫솔·치실질) *치면세균막 검사를 기초로 한 교육 실시</li> <li>· 불소 이용의 필요성 및 이용법</li> <li>· 바른 식습관 및 금연/금주의 필요성</li> </ul> |
| 예방<br>진료 | 필수  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 전문가 구강위생관리</li> <li>· 불소도포</li> </ul>                                                                       |
|          | 선택* | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 치아홈메우기</li> <li>· 치석제거</li> </ul>                                                                           |

\*예방진료 선택사항은 대상자의 구강 상태에 따라 선택적용

### IV 행정사항(추진일정)

- ☐ (시) (주)카이아이컴퍼니 계약체결 2020.2월
- ☐ (보건소 및 교육청 등) 참여 수요 조사(의료기관, 학교 등) 2020.2~3월
- ☐ (보건소 및 의료기관) 서비스 제공·청구·지급 2020.3~11월
  - (카이아이컴퍼니) 전산화 프로그램 시작
- ☐ (시) 의료기관 현장 모니터링 2020.4~6월
- ☐ (보건소 및 의료기관) 서비스 제공·청구·지급 마감 2020.12월
  - (카이아이컴퍼니) 전산 프로그램 종료 2020.11월말
  - (카이아이컴퍼니) 전산 프로그램 입력 정보 시로 이관 후 폐기 및 결과보고 2020.12월말

1) 「국민건강보험법」 제47조 및 동법 시행령 제26조제7항의 규정에 의거 보건복지부장관이 정한 금액

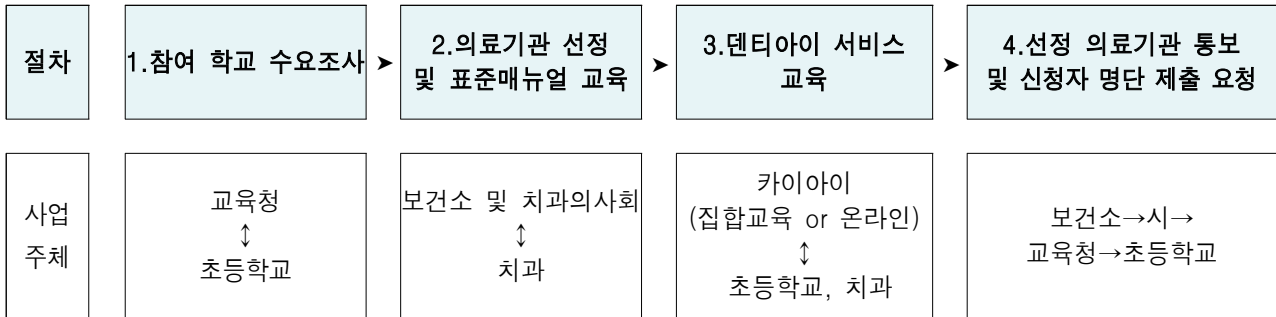
## **제2장 추진 체계**

- Ⅰ. 추진 체계
- Ⅱ. 신청 및 지정
- Ⅲ. 서비스 세부 절차
- Ⅳ. 비용 청구



## 제2장 추진 체계

### I 추진 체계



※ 의료기관 선정 기준 : 공단 검진기관으로 지정된 치과의원, 물리적 접근성 및 인적 자원을 갖춘 치과의원

| 절차   | 5. 신청 및 접수                                               | 6. 치과 방문 전                           | 7. 치과 방문                                                                                                                           | 8. 치과 방문 후                            | 9. (필요시) 재방문               |
|------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 카이아이 |                                                          | ④<br>- 참여자 명단 업로드                    | ⑥-2<br>- 치과방문 및 등록 문자/APP안내                                                                                                        | ⑧-1<br>- 결과통보서확인 문자/APP안내             | ⑨-1<br>- 재방문 안내 (문자/APP안내) |
| 보건소  |                                                          | ③<br>- 참여자 명단 카이아이 송부                | ⑧-2<br>- 결과통보서(서식3), 청구서 확인<br>- 반려 또는 진료비 지급                                                                                      |                                       |                            |
| 초등학교 | ①<br>- 수요조사[가정통신문·동의서(서식1) 배포]<br>- 문진표(서식2) 입력 안내(앱 이용) | ②<br>- 참여자 명단 보건소 송부<br>※ 반,번호,이름 포함 |                                                                                                                                    | ⑧-3<br>- 결과통보서 (서식3)확인                |                            |
| 학생   |                                                          | ⑤<br>- 앱 다운로드<br>- 문진표(서식2) 입력       | ⑥-1<br>- 치과 예약<br>※ 치과 구별 제한 없음<br>- 치과 방문<br>※ 본인 칫솔 지참                                                                           | ⑧-4<br>- 결과통보서 확인(서식3)<br>- 만족도 조사 입력 | ⑨-2<br>- 재방문               |
| 치과   |                                                          |                                      | ⑦<br>- 명단·동의서 확인<br>- 문진표 확인<br>- 서비스 제공<br>※ 서비스 제공 전·후 학생 및 보호자 설명<br>- 결과통보서(서식3), 청구서 입력<br>- 필요시 재방문 알림 서비스 체크<br>- 만족도 조사 안내 |                                       |                            |

※ 파란색 표시는 덴티아이 서비스(온라인, 앱)로 진행되나, **부득이한 경우** ⑤문진표 작성, ⑧-4결과통보서 확인은 서면으로 가능함.

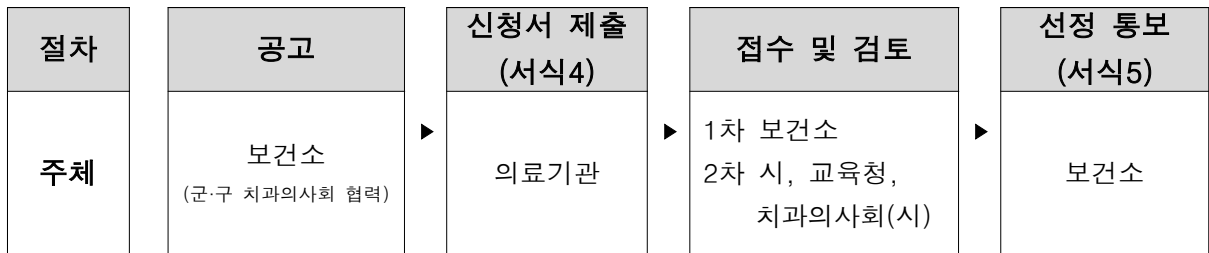
※ 치과주치의 전산 프로그램(덴티아이)에 입력된 학생 개인정보는 당해 연도 사업 종료 시 자동 삭제됨.

## II 신청 및 지정

### □ 지정조건

- 의료법 제3조 제2항에 따른 치과 의료기관으로 건강검진기본법 제4조에 의거 검진기관으로 지정받은 기관

### □ 사업 신청 및 지정 절차



## III 서비스 세부 절차

| 진행순서         | 세부내용                                                                                                                                                                                                                                       | 비고              |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 사전 예약        | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유선 예약</li> <li>· 앱을 통해 문진표·동의서 입력 안내               <ul style="list-style-type: none"> <li>- (앱 사용 불가) 내원 시 안내</li> </ul> </li> <li>· 집에서 사용 중인 칫솔(교육용) 지참하도록 안내</li> </ul>                        |                 |
| (학생 내원)학생 등록 | · (덴티아이) 학생 반·번호·이름을 통해 검색 및 등록                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 문진표 및 동의서 확인 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· (덴티아이) 사전에 등록한 문진표 확인</li> <li>· 사전에 문진표 작성이 안 된 경우               <ul style="list-style-type: none"> <li>- (앱 사용 가능) 앱으로 작성하도록 안내</li> <li>- (앱 사용 불가) 서면* 작성 후 병원 시스템에 입력</li> </ul> </li> </ul> | · 서식은 덴티아이에서 출력 |
| 사전설명         | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 서비스(구강검진, 구강보건교육, 예방진료) 절차에 대해 사전설명</li> <li>· 설명 시 보호자가 거부하는 항목은 제외하고 시행</li> </ul>                                                                                                              |                 |

## 제2장 추진체계

| 진행순서          |        | 세부내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 비고                                                                      |
|---------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 서비스<br>제공     | 구강검진   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 문진(문진표 확인)·사진</li> <li>· 치면세균막 검사</li> <li>· 방사선 촬영</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |
|               | 구강보건교육 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 구강위생관리(칫솔·치실질) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치면세균막 검사 결과를 기초로 교육 실시</li> <li>- 본인 칫솔 사용이 원칙이나, 칫솔 미지참 시 제공</li> </ul> </li> <li>· 불소 이용의 필요성 및 이용법</li> <li>· 바른 식습관 및 금연/금주의 필요성</li> </ul>                                                                                                                                                                  | · 교육책자 활용<br>(구강건강생활수칙)                                                 |
|               | 예방진료   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· (필수) 전문가 구강위생관리, 불소도포</li> <li>· (선택) 치아 홈메우기, 치석제거 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 대상자의 구강상태에 따라 주치의 판단하에 시행</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | · 필수항목 불성실<br>이행 시 청구 반려<br>또는 7,450원으로<br>청구 될 수 있음.                   |
| 통보서/진료 내역서 입력 |        | · (덴티아이)구강검진결과 통보서/진료 내역서 입력                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |
| 결과 설명         |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 시행한 진료 항목에 대한 설명</li> <li>· 결과 설명 및 치료가 필요한 경우 치료* 안내</li> <li>· 앱으로 결과통보서 확인 가능함을 설명 <ul style="list-style-type: none"> <li>- (앱 사용 불가) 출력하여 제공</li> </ul> </li> <li>· (필요시) 재내원 계획 <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1회 미완료) 치과주치의 서비스 당일 완료할 수 없는 경우</li> <li>- (1회 완료) 진료(치과주치의 서비스)가 완료 되었으나,<br/>추후 관찰이 필요한 경우(주치의 판단) → 지원금 재청구 불가</li> </ul> </li> </ul> | · 치과주치의<br>서비스 항목 외<br>치료에 대한<br>지원은 없음.                                |
| 만족도 조사 안내     |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 앱을 통한 만족도 조사 참여 안내(권장 사항) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 추후 서비스 개선에 적극 반영 예정임을 설명</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 조사기간<br/>: 추후 통보 예정</li> </ul> |

※ 덴티아이 프로그램 사용자 가이드 참고

※ 진행순서는 치과병·의원의 업무 효율성에 따라 변경가능

## IV 비용 청구

☐ 청구 금액: 40,000원/1인

※ 본인부담금 없음

☐ 청구 내역: 치과주치의 서비스 항목

※ 예방진료 선택 항목\*을 제외한 모든 서비스 항목은 필수이며, 불성실 이행시 청구 반려 또는 7,450원만 청구될 수 있음.

※ 아래 서비스 외 항목에 대한 청구 불가

| 구분     |     | 구성                                                                                     |
|--------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 구강검진   |     | · 문진, 시진<br>· 치면세균막 검사(Disclosing agent 사용)<br>· 방사선 촬영                                |
| 구강보건교육 |     | · 구강위생관리(칫솔·치실질) *치면세균막 검사를 기초로 한 교육 실시<br>· 불소 이용의 필요성 및 이용법<br>· 바른 식습관 및 금연/금주의 필요성 |
| 예방진료   | 필수  | · 전문가 구강위생관리<br>· 불소도포                                                                 |
|        | 선택* | · 치아 홈메우기<br>· 치석제거                                                                    |

☐ 청구 절차

| 절차 | 청 구(수시)                                                         | 심사 및 지급결정(월1회)                                                    | 지 급(월1회)                        |
|----|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 주체 | 치과 병·의원<br>※ 학교 관할 구 보건소로 청구                                    | 해당 구 보건소                                                          | 해당 구 보건소                        |
| 내용 | 서비스 완료 후<br>비용 청구(덴티아이)<br>※ 당일 청구를 원칙으로 함.<br>※ 통보서 입력 시 자동 청구 | 문진표 및 결과통보서<br>확인 후 지급결정<br>(덴티아이)<br>※ 사업 실시기준에 적합하지<br>않은 경우 반려 | 비용 지급<br>(의료기관에서 제출한<br>계좌로 지급) |

☐ 청구 반려

- 치과주치의 서비스 필수 항목 미시행
- 다만, 타당한 미시행 사유가 있을 경우 제외(반드시 사유 입력)
  - 보호자의 거부로 인한 미시행
  - 의학적 판단(최근 파노라마 촬영 이력 등)에 따른 파노라마 촬영 미시행

## **제3장 치과주치의 서비스**

- I. 구강검진**
- II. 구강보건교육**
- III. 예방 진료**

## 제3장 치과주치의 서비스

### I 구강 검진

- 구강 내 상태를 가능한 정확히 진찰하여 기록함으로써 향후 환자의 예방 및 치료계획을 수립하고, 지속적인 구강건강관리를 할 수 있도록 기초자료를 만들기 위한 것이다.
- 구강검진결과 통보서의 모든 항목은 구강보건교육 및 예방진료 서비스 제공 판정의 기준이 되므로 공란이 없도록 작성한다.
- 구강검진결과 통보서 작성 시 이상소견이 없다면, 없음에 꼭 표기한다.

#### 1. 문진 및 사진

##### 가. 문진

- 환자가 미리 작성한 문진표를 확인하고, 문제가 있는 부분을 재차 문진하고 확인한다.

##### 나. 사진

- 어린이의 연령이나 치령을 평가한 다음, 치아우식증 여부, 색깔, 크기, 형태, 표면구조 등을 관찰한다. 초기 우식증이 있는 경우 세심한 세척과 건조 후 표면거칠기 등의 표면상태를 평가하고, 진행성의 우식이 있는 경우에는 우식 부위의 색깔, 크기, 깊이를 평가해야 한다.
- 치열을 검사할 때는 치아의 수, 좌우 대칭, 맹출순서, 교환상태, 교합상태, 위생상태 등의 전반적인 문제들을 평가한다. 외상의 응급상황에서는 치관부 파절 여부와 동요도를 검사하고, 투사광을 비추어 봄으로써 치아의 파절상태를 판단할 수 있다. 어린 시기에도 치주질환이 시작될 수 있음을 고려하여 치은염이나 치태 유무를 검사한다.



▲ 10세 남환의 구강상태. 상악 전치가 맹출하고 있는 초기 영구치열기이다.

## 2. 치면세균막 검사

### 가. 치면세균막검사의 필요성

- 치면세균막 검사란 육안으로 관찰하기 어려운 치면세균막을 전용 착색제를 이용하여 착색시킨 후, 치면세균막의 양을 정량화하여 기록하는 검사방법으로 개인의 구강위생관리 능력을 평가하고, 스스로 칫솔질 등 구강건강 관리에 대한 동기유발을 할 수 있는 유용한 수단이다.
- 구강환경관리 능력지수(PHP\* index) 검사방법
  - \*Patient oral hygiene performance
  - 상악우측제1대구치(협), 상악우측중절치(순), 상악좌측제1대구치(협), 하악좌측제1대구치(설), 하악좌측중절치(순), 하악우측제1대구치(설) 치면을 5등분한다.
  - 각 부위별로 부착 부위는 1점, 비부착 부위에는 0점을 부여한다.
  - 최고점은 30점, 최저점은 0점이 된다.



▲ 구강위생검사(PHP index) 예시(점수 자동계산)

### 3. 파노라마 촬영

- 방사선사진은 어린이의 치과질환의 진단과 치료계획에 필수적이다. 방사선사진을 촬영함으로써 다른 방법으로는 알 수 없는 많은 정보를 얻을 수 있다.
- 방사선사진 촬영에 필요한 필름의 수와 형태, 촬영방법은 환자의 발육상태, 협조도, 치아우식의 이환 여부, 구강건강상태, 이전의 치료 후 경과 시간 등을 고려하여 결정한다.
- 파노라마 사진은 어린이의 전체적인 악골 및 치열의 발육상황과 병소 유무를 검사하는 데 유용하므로 성장기 어린이에 있어서 활용도가 높은 방법이다.



▲ 방사선 보호장구를 착용하고 파노라마 방사선촬영 시행



## II 구강보건교육

- 구강건강의 중요성과 관리방법에 관한 교육으로, 구강위생관리 습관이 형성되는 시기인 아동·청소년기에 구강건강인식을 효과적으로 개선시키고 올바른 구강관리 습관을 생활화하도록 하여 구강건강 위험 행태를 개선하고자 한다.

### 1. 구강위생관리 (칫솔질/치실질)

#### 가. 구강위생관리의 필요성

- 초등학생 구강위생관리는 치아우식증과 다른 구강질환을 예방하기 위해 꼭 필요하다.
- 입 안에 있는 충치(치아우식증)를 일으키는 세균들은 치아표면에 남아있는 음식찌꺼기를 먹고 산을 배출하며, 이렇게 배출된 산에 의해 치아가 파이고 손상되는 것을 충치(치아우식증)이라고 한다.
- 충치(치아우식증)와 치주질환의 주된 원인은 치면세균막이다. 치면세균막은 음식을 먹고 난 뒤 치아와 잇몸에 남아있는 찌꺼기와 입안 세균의 덩어리이며, 씹는 면, 치아와 치아사이, 치아와 잇몸경계선에 많이 축적된다.
- 충치(치아우식증)를 예방하기 위해서는 불소이용하기, 치아에 좋은 음식먹기, 치아홈메우기, 정기적(적어도 6개월마다)으로 치과검진 받기 등을 실천해야 한다.

#### 나. 칫솔질

- 칫솔질은 식사 후, 간식먹은 후에 바로 한다.
- 학교에서 점심을 먹고 난 후에도 꼭 닦는다.
- 칫솔은 치아를 1~2개 덮는 크기를 사용한다.
- 1,000ppm 이하의 불소치약을 사용하고, 칫솔모의 1/3 크기만큼 사용한다.
- 칫솔은 통풍이 잘되는 곳에 보관한다.
- 칫솔을 잇몸 깊이 평행하게 넣고 치아와 잇몸이 닿는 부위부터 손목을 돌려 닦는다.

- 모든 치아를 빠뜨리지 않고 닦기 위해, 순서를 정하여 칫솔질하는 것이 좋다.

① 치아의 안쪽과 바깥쪽 → ② 앞니와 위, 아래 안쪽 → ③ 씹는 면 → ④ 혀

#### 다. 치실질

- 칫솔이 닿지 않는 치아와 치아사이의 치면세균막을 치실을 사용하여 제거할 수 있다.
- 치실의 사용방법은 다음과 같다.
  - ① 치실을 40cm 정도로 자른다.
  - ② 양손중지에 감아 치실사이가 10cm 정도 되도록 잡는다.
  - ③ 엄지와 검지를 이용하여 사이가 2~3cm 정도 되도록 남겨 둔다.
  - ④ 치실을 치아사이에 톱질하듯이 넣는다.
  - ⑤ 닦을 때는 한쪽 치아를 감싸 치실을 팽팽하게 당겨서 위아래로 치아면을 닦는다.
- 단, 닦을 때 치실이 잇몸 속으로 살짝 들어가기도 하기 때문에 잇몸이 다치지 않도록 조심한다.

## 2. 바른 식습관

- 설탕은 충치(치아우식증)의 가장 큰 원인이다.
- 하루 설탕 섭취량은 60g 이하로 제한해야 한다.
- 간식의 영양성분표를 확인하여 당류 섭취량을 줄인다.
- 학생들이 즐겨먹는 간식 속에는 많은 양의 설탕이 들어 있다.
- 치아건강에 좋은 음식인 야채와 채소, 멸치와 생선, 우유 등 유제품을 먹는다.

| 음식         | 설탕양 (g) | 음식           | 설탕양 (g) |
|------------|---------|--------------|---------|
| 식빵 3쪽      | 9       | 과일음료류 반      | 12      |
| 쿠키류 1봉지    | 22      | 코코아 분말 5개    | 36      |
| 머핀 1개      | 14      | 스포츠 음료류 반컵   | 6       |
| 스낵 과자류 1봉지 | 16      | 초콜릿 가공종류 3개  | 27      |
| 단팥, 크림빵 1개 | 14      | 탄산 음료류 반컵    | 9       |
| 초콜릿 시리얼 2컵 | 41      | 초콜릿 아이스크림 1개 | 34      |

▲ 자주 먹는 간식에 들어있는 설탕의 양

### 3. 불소 이용법

- 불소는 자연에 존재하는 성분으로 적당한 양을 사용하거나 먹으면 충치를 예방할 수 있다. 초기 충치의 진행을 억제하고, 약해진 치아부위를 다시 단단하게 재광화시키며, 세균의 성장을 억제하고, 활동을 방해하기 때문이다.
- 불소는 불소치약, 불소용액양치, 불소도포 등의 다양한 형태로 이용할 수 있다.
  - ① 불소치약
    - 불소 함유 치약은 가장 많이 사용되고 있는 불소제제이다. 일시적으로 불소 농도를 높여주는 APF젤 도포와 달리 매일 사용하는 불소함유 치약은 불소의 농도를 지속적으로 유지시켜 주는 장점이 있다.
  - ② 불소용액양치
    - 불소양치용액은 사용이 간단하고, 안전하며 경제적인 우식예방 방법이다. 양치액에 사용되는 불소는 주로 불화 나트륨(NaF)으로 매일 사용하는 경우에는 0.05% (225 ppm)를 사용한다. 사용 방법은 약 10 ml의 용액을 입 안에 머금고 치아 사이와 구강 내를 강하게 이동시키다가 약 60초 후에 뱉는다.
  - ③ 불소도포
    - 불소도포 방법으로는 불소바니쉬, 불소젤 등이 있으며, 불소바니쉬는 치아에 불소를 매니큐어 바르듯이 얇게 바르는 것이다.
    - 불소바니쉬 후에는 다음과 같은 것을 주의해야 한다.
      - 도포 후 1시간 동안 물, 음료를 포함해서 아무것도 먹지 않는다.
      - 정상적인 식사는 3~4시간 이후에 한다.
      - 도포 당일엔 칫솔과 치실을 사용하지 않는다.

### III 예방진료

#### 1. 전문가 구강위생관리

- 전문가 구강위생관리란 치과의사나 치과위생사가 구강질환을 일으킬 수 있는 치태, 치석 등을 제거하는 것이다. 가정에서도 칫솔질 또는 치실질을 통해 제거가 가능하지만 완벽하게 관리하기는 어렵다. 정기적인 전문가 구강위생관리를 통해 치태와 치석을 제거한다.
- Rubber cup과 polishing brush를 이용한 전문가 구강위생관리 술식
  - ① 치면세균막을 착색 후 술식을 수행하는 것이 바람직하다.
  - ② 연마제(가루 형태) 또는 연마 paste(크림 형태)를 직접 또는 rubber cup을 이용하여 치면에 골고루 도포한다.
  - ③ Low speed 핸드피스를 간헐적으로 움직이며, 회전하는 rubber cup을 이용하여 치면을 연마한다.
  - ④ Rubber cup의 끝이 약간 벌어질 정도의 압력을 이용한다.
  - ⑤ 1~2초간 rubber cup을 치면에 대었다 떼기를 반복한다.
  - ⑥ 해당치아의 치면연마가 끝나면 인접치로 이동한다.
  - ⑦ Polishing brush를 rubber cup과 동일한 방법으로 적용한다.
  - ⑧ 물과공기를 분사하여 연마제를 제거한다.
  - ⑨ 잔여 착색물 검사 후 필요한 경우 재연마를 실시한다.



▲ Rubber cup, polishing brush, pumice를 이용한 전문가 구강위생관리

## 2. 불소도포

### 가. 불소바니쉬

- 불소 바니쉬는 치아에 부착성이 높은 natural resin에 불소를 결합시켜 고농도의 불소를 치아에 장시간 접촉시킴으로써, 우수한 치아우식증 예방효과를 보인다.
- 도포 주기는 각 개개인의 우식 위험도에 따라 년 2~4회 도포하며 특히 제 1대구치가 맹출하는 기간 동안에는 매 3개월마다 교합면 및 인접면에 바니쉬를 도포하는 것이 추천된다.
- 교정용 브라켓을 장착중인 환자에서도 치면 탈회방지에 우수한 효과를 보인다.
- 시술방법
  - ① 불소와 치면의 접촉을 증가시키기 위해 치면세마를 시행한다.
  - ② 도포 부위에 과량의 수분이 없도록 건조시킨다.
  - ③ 전용 applicator를 이용하여 바니쉬를 도포하고 1분 정도 건조한다.
  - ④ 불소바니쉬 도포 후 주의사항을 설명한다.



▲ 불소바니쉬와 불소젤

## 나. 불소젤

- 불소젤은 용액에 비해 점성이 있어 조작이 용이하며 트레이를 사용하여 전악의 치아를 동시에 도포할 수 있어 시간이 절약되고 흘러내리지 않아 치아와 불소의 접촉시간을 증가시킬 수 있다.
- APF를 도포할 때 4분 이내에 대부분의 불소가 흡수된다고 하여 4분간의 도포를 권장하였으나, 최근에는 제조회사들이 처음 1분 동안에 흡수되는 양이 가장 많다는 이론적 근거 하에 1분간의 도포로 충분한 효과를 얻을 수 있는 제품들을 시판하고 있다.
- 시술 방법
  - ① 환자에게 적합한 크기의 트레이를 선정한다.
  - ② 환자를 의자에 직립상태로 앉히고 머리는 약간 전방으로 숙여 불소와 타액이 입술 쪽으로 흐르게 한다.
  - ③ 도포 전 치아는 깨끗하게 하고 가능한 한 건조시킨다.
  - ④ 불소가 목으로 넘어가는 것을 줄이기 위해 치아 표면을 덮을 수 있는 최소량의 불소만을 사용한다.
  - ⑤ 트레이의 1/2 혹은 1/3 정도를 채우는 것이 적당하다.
  - ⑥ 트레이는 상하악을 동시에 위치시키는 것이 시간을 절약할 수 있는데, 기성품은 상하악의 손잡이 부분이 서로 연결되어 동시에 위치시키는데 편리하도록 디자인되어 있다.
  - ⑦ 환자가 상하악 두개의 트레이를 동시에 수용하기 힘들어하면 상하악을 따로 분리하여 시행한다.
  - ⑧ 상하악 치아를 가볍게 물도록 지시하여 젤이 인접면과 소와 및 열구 등에 잘 침투되도록 한다.
  - ⑨ 제조사의 지시대로 1분 또는 4분 후에 트레이를 제거한다.
  - ⑩ 물로 양치는 시키지 않으며, 환자에게 입안에 남아있는 것을 뱉어 내도록 한다.

### 3. 치아 홈메우기

치아 홈메우기는 영구치교합면에 생기는 치아우식증을 효과적으로 예방하는 방법이다. 치아 홈메우기에 사용되는 재료는 강한 저작력에 견딜 수 있는 물리적 성질을 가지고 있기에 정기적으로 병원 방문이 가능한 환자에게 시행하는 것을 원칙으로 한다. 홈메우기 재료가 일부 파절 및 탈락되면 그 공간으로 통해 음식물이 끼게 되고 이를 통해 우식이 생길 수 있다. 치아 홈메우기 이후에도 정기적인 검진이 필요하다.

#### 가. 치아 격리

- 치면열구전색의 성공실패를 좌우하는 가장 중요한 요소이다. 시술 부위의 오염은 실패를 초래하는 가장 치명적인 원인을 제공한다. 러버댐을 장착하여 치아를 격리시키는 것이 가장 이상적인 방법이나 부분 맹출 등으로 러버댐 장착이 어려운 경우에는 cotton roll 이용하여 격리를 시도한다.

#### 나. 치면 세마

- 러버컵 또는 솔(brush)과 퍼미스를 이용하는 방법은 가장 전형적으로 사용해 온 방법이지만 좁고 복잡한 구조를 갖는 소와나 열구 내부의 이물질이 잘 제거되기 어려울 뿐 아니라 퍼미스입자가 소와나 열구 내로 들어간 경우 다시 빠져 나오지 못할 염려가 있다. 따라서 퍼미스 사용 후에는 충분한 물로 압력을 가해 잘 씻어낼 필요가 있다.

#### 다. 산부식

- 주로 30~40%의 phosphoric acid를 사용하며 20~30초 정도의 산부식을 시행한 후 세척은 다소 끈끈한 산 부식액이 떨어져 나가도록 10초 이상 흐르는 물에 충분히 세척하는 것이 바람직하다.

#### 라. 건조

- 산부식과 세척 후 열구나 소와에 수분이 남아 있을 경우 치면 열구전색제의 침투를 방해한다. 따라서 세척 후 열구 및 소와를 충분히 건조하는 것이 필수적이며 이를 위해 보통은 three way syringe의 압축공기를 이용한다.

마. 전색제의 도포 및 중합

- 전색제를 모든 소와 및 열구에 얇게 도포한다. 이때 최대한 전색제 내부에 기포가 포함되지 않도록 주의해야 하며 과도한 양이 도포되어 교합력을 받을 경우 파절될 수 있으므로 최소량만 적용되도록 한다.
- 중합은 사용하는 광중합기에 따라 10~20초간 시행하며 중합 후 전색제가 모든 소와 및 열구에 매끄럽게 도포되었는지 기포가 존재하지 않는지 면밀하게 검사, 확인한다.

바. 도포 상태 및 교합검사

- 러버댐을 제거하기 전 도포 상태를 검사한다. 확인은 육안 검사와 탐침으로 기포가 있는지 혹은 매끄럽고 부드럽게 잘 도포되었는지를 확인한다. 러버댐을 제거한 후에는 교합 검사를 시행한다.



▲ 치아홈메우기 치료 전후의 제일대구치



## 4. 치석제거

### 가. 치석제거 방법

- 수동 치석제거법 : 큐렛(curette), 스케일러(scaler)와 같이 술자의 손의 움직임으로 직접적인 힘을 가하여 이물질을 제거하는 방법
- 초음파 치석제거법 : 전원으로 연결된 금속팁에서 전해지는 초음파진동을 이용하여 이물질을 제거하는 방법



▲ 수동 치석제거법과 초음파 치석제거법

### 나. 초음파 기구 조작 시 주의 사항

- ① 에어로졸과 물관리를 위해 고용량의 흡입기와 타액배출기를 사용할 수 있도록 준비한다
- ② 기구 동력 설정을 위하여 치석 침착물의 크기에 따른 tip의 직경을 선택한다
- ③ Tip의 주작동부 끝 2~4mm 범위에 치석제거 힘이 집중되어 있어 tip의 측면을 사용하는 것이 가장 효과적이며, tip의 끝과 내면은 높은 진동에너지로 발생하여 치면을 손상시키므로 직접 닿지 않도록 주의한다.
- ④ 작업각도를 15° 이내로 유지해야 함은 치면에 예민한 반응과 손상을 방지하기 위해서이다
- ⑤ Tip에 강한 압력을 주거나 오래 머물면 열의 발생과 불필요한 치면 굽힘을 야기시킬 수 있으므로 주의한다.
- ⑥ 수명이 다한 마모된 tip은 작업효율이 떨어지고 치면에 손상을 가질 수 있으므로 폐기한다.

# 붙임 각종 서식

## [서식1] 동의서

### 인천광역시 아동 치과주치의 참여 신청 및 개인정보 활용 동의서

안녕하십니까?

아동(초등학생 5학년 대상) 치과주치의사업이 시행됨에 따라 대상 학생 확인과 사전안내, 구강검진, 구강보건교육, 예방적 구강진료서비스 제공, 의료비 지급을 위해 인천광역시(00 보건소)는 개인정보 및 검진결과 등을 수집·이용·제공하고자 합니다.

본 사업과 관련하여 만 14세 미만 자녀의 개인정보를 활용하고자 할 경우 『개인정보보호법』 제15조 및 제22조에 따라 법정대리인의 동의를 얻어야 하므로, 아래의 개인정보 수집·이용·제공의 내용을 숙지하시고 동의하여 주시기 바랍니다.

#### <개인정보 수집·이용·제공>

1. 수집·이용·제공 목적 : 치과주치의사업 대상자 확인, 치과진료 기록 관리 및 인천광역시 초등학생 구강관리 사업평가 및 연구에 활용
2. 수집하려는 개인정보의 항목 : 소속, 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 진료 및 시술 기록 등
3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 수집하는 개인정보 항목이 진료기록에 해당하는 사항으로 『의료법』시행규칙 제15조에 의거하여 10년 보존 할 수 있습니다.
4. 개인정보 수집·이용·제공 동의에 거부 할 수 있으나, 이 경우에는 사전통지 없이 치과주치의사업 지원이 제한됩니다.
5. 정보주체의 권리 : 개인정보 제공 후 제공된 개인정보 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보보호책임자를 통해 열람, 정정 및 삭제를 요구할 수 있습니다.

|                                         |                                                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?                   | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 고유식별정보 처리에 동의하십니까?                      | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 개인정보를 제3자(인천광역시) 제공에 동의하십니까?            | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 민감정보(구강검진결과 등) 처리에 동의하십니까?              | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 치과주치의 전산화 시스템(Denti-i) 개인정보 제공에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

위 내용과 같이 자녀의 개인정보(소속, 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 진료 및 시술 기록 등)를 보건소와 치과병·의원에서 수집·이용하거나 제3자(인천광역시)에 제공할 수 있음을 이해하였기에 동의하며, 아동 치과주치의 제도 참여를 신청합니다.

2020 년 월 일

( ) 초등학교 5학년 반 번 성명

보호자 : 서명

( ) 보건소장 귀하

## [서식2] 문진표

## 인천광역시 아동 치과주치의 구강검진 문진표

이 설문조사는 구강검진을 하기 전 구강상태를 참고하기 위하여 실시하는 것으로, 솔직하고 성실한 답변을 해야 본인의 구강진료에 도움이 됩니다. 비밀은 절대 보장되므로 잘 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.

|      |              |     |       |
|------|--------------|-----|-------|
| 학 생  | ( ) 초등학교 5학년 | 반   | 번     |
| 성 명  |              | 성 별 | 남 . 여 |
| 생년월일 |              |     |       |

| 구<br>강<br>증<br>상 | 최근 1년 동안 느낀 증상에 모두 표시해주세요. |                                 |               |
|------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------|
|                  | 문항                         | 질문사항                            |               |
|                  | 1                          | 치아가 깨지거나 부러짐                    | ①있다      ② 없다 |
|                  | 2                          | 차갑고 뜨거운 음료를 마시거나 음식을 먹을 때 이가 아픔 | ①있다      ② 없다 |
|                  | 3                          | 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔                | ①있다      ② 없다 |
|                  | 4                          | 잇몸이 아프거나 피가 남                   | ①있다      ② 없다 |
|                  | 5                          | 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔           | ①있다      ② 없다 |
|                  | 6                          | 불쾌한 입 냄새가 남                     | ①있다      ② 없다 |

| 구<br>강<br>거<br>동<br>태 | 본인의 구강건강 상태에 해당하는 번호를 표시해 주세요. |                                                    |                                                                                                                                               |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | 7                              | 지난 1년간 치과 병.의원에서 받은 진료와 교육에 모두 V표시를 해주세요(복수응답 가능)  | ① 구강검진      ② 충치예방: 불소도포<br>③ 치아 홈 메우기      ④ 충치치료 및 발치<br>⑤ 치면 세균막 교육      ⑥ 칫솔질 교육<br>⑦ 치실사용 교육      ⑧ 바른 식습관 교육<br>⑨ 불소이용교육      ⑩ 방문한적 없음 |
|                       | 8                              | 어제 하루동안 칫솔질 한 때를 모두 V표시해 주세요(복수응답 가능)              | ① 아침식사 전      ② 아침식사 후<br>③ 점심식사 후      ④ 간식 후<br>⑤ 저녁식사 후      ⑥ 잠자기 전에                                                                      |
|                       | 9                              | 과자 등 단음식, 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까?                      | ① 그렇다<br>② 보통이다<br>③ 아니다                                                                                                                      |
|                       | 10                             | 칫솔, 치약 외 사용하는 것에 모두 V표시를 해주세요(복수응답 가능)             | ① 치실<br>② 구강 청결제<br>③ 불소양치 용액<br>④ 없음                                                                                                         |
|                       | 11                             | 담배로 입 냄새, 잇몸손상, 구강암 등이 발생 될 수 있다고 들었거나 배운 적이 있습니까? | ① 있다<br>② 없다<br>③ 모르겠다                                                                                                                        |
|                       | 12                             | 술이 입 냄새, 잇몸손상, 염증을 일으킬 수 있다는 것을 들었거나 배운 적이 있습니까?   | ① 있다<br>② 없다<br>③ 모르겠다                                                                                                                        |

\* 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰세요.

[서식3] 결과통보서

## 인천광역시 아동 치과주치의 구강검진결과 통보서

|     |                          |      |       |      |   |
|-----|--------------------------|------|-------|------|---|
| 소 속 | (                      ) | 초등학교 | 5 학년  | 반    | 번 |
| 성 명 |                          | 성 별  | 남 . 여 | 생년월일 |   |

| 구강검사 결과 및 판정                   |                                |                                |                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--|
| 충전된<br>치아                      | ① 없음                           | ② 있음                           |                   |  | 치주<br>질환                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ①<br>없음                  | ②<br>있음 | <input type="checkbox"/> 치은출혈/비대<br><input type="checkbox"/> 치석형성<br><input type="checkbox"/> 치주낭형성<br><input type="checkbox"/> 그 밖의 증상 |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 우식치아                           | ① 없음                           | ② 있음                           |                   |  | 악관절<br>이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ①<br>없음                  | ②<br>있음 |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 우식발생<br>위험치아                   | ① 없음                           | ② 있음                           |                   |  | 5학년 대상<br>검사항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 구강환경관리능력검사<br>(치면세균막 검사) |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 결손치아<br>(영구치)                  | ① 없음                           | ② 있음                           |                   |  | 총 _____ 점 (30점 만점)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 구내염 및<br>연조직질환                 | ① 없음                           | ② 있음 (                      )  |                   |  | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16(협)</td> <td><input type="checkbox"/> 11(순)</td> <td><input type="checkbox"/> 26(협)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 46(설)</td> <td><input type="checkbox"/> 31(순)</td> <td><input type="checkbox"/> 36(설)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                          |         |                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 16(협) | <input type="checkbox"/> 11(순) | <input type="checkbox"/> 26(협) |  |  |  | <input type="checkbox"/> 46(설) | <input type="checkbox"/> 31(순) | <input type="checkbox"/> 36(설) |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 16(협) | <input type="checkbox"/> 11(순) | <input type="checkbox"/> 26(협) |                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
|                                |                                |                                |                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 46(설) | <input type="checkbox"/> 31(순) | <input type="checkbox"/> 36(설) |                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
|                                |                                |                                |                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 부정교합                           | ① 없음                           | ② 있음                           | ③ 교정중             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 구강위생<br>상 태                    | ① 우수                           | ② 보통                           | ③ 개선요망            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |
| 그 밖의<br>치아 상태                  | ①<br>과잉치                       | ②<br>유치잔존                      | ③ 그 밖의<br>치아 상태 : |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |         |                                                                                                                                         |                                |                                |                                |  |  |  |                                |                                |                                |  |  |  |

\* 총점이 30점에 가까워질수록 구강위생 상태 불량이며, 구강위생관리 개선 필요

| 예방진료 및 종합소견                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 필요한<br>예방관리                                               | * 아래 <input checked="" type="checkbox"/> 표기된 항목은 아동 치과주치의 사업에서 제공되는 서비스로 무료 제공됩니다.<br><input type="checkbox"/> 구강보건교육 <input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 <input type="checkbox"/> 불소도포 <input type="checkbox"/> 치아홈메우기 <input type="checkbox"/> 치석제거 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
| 종합소견                                                      | 치아상태                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 정상(경계) <input type="checkbox"/> 개선요망(                      )                                |                                                                                                                                 |
|                                                           | 구강상태                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 정상(경계) <input type="checkbox"/> 개선요망(                      )                                |                                                                                                                                 |
| 치과주치의 사업 이후 재내원 계획                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
| (※ 일부 치료는 환자 본인부담금이 발생하는 진료로 보호자 동의 후, 다음 내원 약속 후 진행합니다.) |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
| 재내원<br>계획                                                 | 예방진료                                                                                                                                                                                                                                                  | 치과주치의<br>1회 미완료                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 <input type="checkbox"/> 치아홈메우기 <input type="checkbox"/> 치석제거 <input type="checkbox"/> 불소도포 |
|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       | 치과주치의<br>1회 완료                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 예방목적의 재내원(재교육 등)                                                                                       |
|                                                           | 치료필요                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 충치치료 <input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 치수/치근단 치료 <input type="checkbox"/> 기타(                      ) |                                                                                                                                 |

|      |       |     |               |       |       |
|------|-------|-----|---------------|-------|-------|
| 판 정  | 면허번호  |     | 검진일 및<br>검진기관 | 검 진 일 | . . . |
| 치과의사 | 의 사 명 | (인) |               | 검진기관명 |       |

**[사식4] 아동 치과주치의 참여 신청서(의료기관)**

## 2020년 인천광역시 아동 치과주치의 제도 참여 신청서(의료기관)

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |    |        |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|------|
| 의료기관                                                                                                                               | 의료기관명                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 요양기관번호 |      |
|                                                                                                                                    | 주 소                                                                                                                                                                                                                                                            |    |        |      |
|                                                                                                                                    | 전 화                                                                                                                                                                                                                                                            |    | F A X  |      |
|                                                                                                                                    | 대 표 자                                                                                                                                                                                                                                                          | 성명 | 면허종별   | 면허번호 |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |    |        |      |
| 참여조건                                                                                                                               | ① 아동 치과주치의 제도(이하 ‘사업’)와 관련된 보건소장의 자료요구에 응하여야 한다.<br>② 사업에 관련된 교육에 적극적으로 참여하여야 한다.<br>③ 사업 수행에 관한 세부사항은 ‘아동 치과주치의 제도 사업 안내(의료기관용)’를 준수한다.<br>④ 사업 수행 과정에서 얻게 된 개인정보는 사업 이외 목적으로 사용하지 아니한다.<br>⑤ 사업 수행 시 의료사고 예방에 최선을 다하여야 하며, 검진과 관련하여 발생한 의료 사고는 의료관계 법령에 따른다. |    |        |      |
| 본인은 위 사항에 대하여 충분히 숙지하였으며, 2020년 인천광역시 아동 치과주치의 제도 참여를 신청합니다.                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |    |        |      |
| <div style="text-align: right;">2020년      월      일</div> <div style="text-align: right;">대표자                      (서명 또는 인)</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                |    |        |      |
| 인천광역시 ○○○보건소장 귀하                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |    |        |      |
| 첨부서류                                                                                                                               | 1. 검진기관 지정서 1부.<br>2. 통장사본 1부.                                                                                                                                                                                                                                 |    |        |      |