

## 학생건강검진 결과통보서

|       |          |     |                                                                  |           |               |
|-------|----------|-----|------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
| 학 교 명 | 성주여자고등학교 |     | 학년/반/번호                                                          | 1학년/1반/1번 |               |
| 이 름   | 테스트여고    | 성 별 | <input type="checkbox"/> 남 <input checked="" type="checkbox"/> 여 | 생년월일      | 2004년 01월 01일 |

| 구 분               |  |  | 검 사 항 목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 검 사 결 과      |  | 구 분               |  |       | 검 사 항 목            |            | 검 사 결 과            |  |              |  |
|-------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|-------------------|--|-------|--------------------|------------|--------------------|--|--------------|--|
| 신 체<br>발 달<br>상 황 |  |  | 키                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 180.0 cm     |  | 혈 액               |  |       | 혈당(식전)             |            | 110 mg/dL          |  |              |  |
|                   |  |  | 몸 무 게                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 100 kg       |  |                   |  |       | 총콜레스테롤             |            | 200 mg/dL          |  |              |  |
|                   |  |  | 비 만 도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 중등도비만        |  |                   |  |       | 고밀도지단백 (HDL) 콜레스테롤 |            | 850 mg/dL          |  |              |  |
| 척추                |  |  | 측만                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 중성지방         |  |                   |  |       | 200 mg/dL          |            |                    |  |              |  |
| 눈                 |  |  | 시 력                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 나 안          |  |                   |  |       | 좌: 0.1 우: 0.2      |            | 저밀도지단백 (LDL) 콜레스테롤 |  | 200 mg/dL    |  |
|                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 교 정          |  |                   |  |       | 좌: 우:              |            | 간 세포 효소            |  | A S T 50 U/L |  |
| 안 질 환             |  |  | 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | A L T 40 U/L |  |                   |  |       | 혈 색 소 17.0 g/dL    |            | 결 핵 결과 음성          |  |              |  |
| 귀                 |  |  | 청 력                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 좌: 정상 우: 정상  |  |                   |  |       | 수 축 기 190 mmHg     |            |                    |  |              |  |
|                   |  |  | 귓 병                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 없음           |  |                   |  |       | 이 완 기 90 mmHg      |            | 허리둘레 99 cm         |  |              |  |
| 콧 병               |  |  | 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 그 밖의<br>사항   |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 목 병               |  |  | 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |              |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 피 부 병             |  |  | 아토피성피부염                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |              |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 소 변               |  |  | 요 단 백                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |              |  | 양성(+1)            |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
|                   |  |  | 요 장 혈                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 양성(+1)       |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 진 찰<br>및<br>상 담   |  |  | 과거병력                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 없음           |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
|                   |  |  | 외상 및 후유증                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 무            |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
|                   |  |  | 일반상태                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 양호           |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
|                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |              |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 종합소견              |  |  | ◆ 고혈압의심(2차 정밀검사요함)<br>◆ 신장질환의심(2차 정밀검사 요함)<br>◆ B형간염 보유자의심<br>◆ 신장질환의심<br>◆ 시력저하                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 가정에서 조치할 사항       |  |  | ◆ 일시적으로 나타날수 있지만, 정기적인 혈압 검사 및 상담 받으세요.<br>◆ 아토피 증상이 있습니다. 주위 환경을 청결히 하고 증상을 악화시키는 원인이나 물질에 의한 노출을 최소한으로 줄여주세요.<br>◆ 요검사결과 단백뇨가 보입니다. 일시적인 소견일 수도 있지만, 소아청소년과진료 보시기 바랍니다<br>◆ B형간염바이러스 보유자가 의심됩니다. 병원을 방문하여 진료를 받으십시오.<br>◆ 소변검사에서 단백질이 검출됩니다. 과로나 심한운동시 일시적으로 나타날 수 있습니다.만일 매년 단백뇨 소견이 보이거나 혹은 소변량이 줄거나 몸이 붓는 등의 증상발생시 신장내과 진료요합니다.<br>◆ 시력저하가 있습니다. 시력 교정 요합니다. |  |              |  |                   |  |       |                    |            |                    |  |              |  |
| 판정의사              |  |  | 면허번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 35099        |  | 검진일자<br>및<br>검진기관 |  | 검진일자  |                    | 2020-04-27 |                    |  |              |  |
|                   |  |  | 의 사 명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 이석환 (인)      |  |                   |  | 검진기관명 |                    | 대구의료원      |                    |  |              |  |