

____年____班 座號____姓名____



113 學年度寒假口腔檢查單

親愛的家長您好：

為維護貴子弟的健康及配合餐後潔牙來預防齲齒，教育部規定學童應每半年檢查一次口腔，請家長於寒假期間帶至合格牙醫師處做口腔檢查，做好矯治工作，並督導孩子三餐飯後及睡前應刷牙。

豐田國小 學務處健康中心敬啟

貴子弟經本次口腔檢查發現下列問題：

檢查項目	檢 查 結 果
診療醫院名稱： 診療日期：	
牙齒狀況	1. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 2. 齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有 3. 恆牙白齒溝隙封填： ☐ 無 ☐ 有
口腔狀況	☐ 衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙周病 ☐ 咬合不正 ☐ 待拔牙 ☐ 齲齒治療 ☐ 口腔衛生良好，且無齲齒，很棒！繼續保持。 其他_____

矯治情形：

家長簽名：_____

****請開學後將本單交回班級老師，(若半年內已有檢查，請填上檢查結果)以方便彙整，謝謝！**