

____年____班 座號_____姓名_____

114 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 學務處健康中心啟啟

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： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2. 齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2. 恒牙臼齒溝隙封填： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
口腔狀況	<input type="checkbox"/> 衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 齲齒治療 <input type="checkbox"/> 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，請繳回給導師。

(若半年內已有檢查，請填上檢查結果)以方便彙整，謝謝！