

新北市五股區德音國小 定期口腔檢查通知單(新生)

一 年 班 座號 學生姓名

為維護 貴子弟口腔之健康，請定期帶至合格牙醫師處做檢查，以期早期發現早期治療，並輔導其注意口腔保健，養成餐後潔牙的好習慣 ※請在牙齒檢查後，將本回條交給老師。謝謝您！

一、醫療院所名稱與就診日期：

二、下次回診日期： 年 月 日

三、牙科醫師檢查結果（請註記牙位）：

C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
上 右 下			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左 上 下		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

回

條

一 年 班 號，姓名： 結果及處理：

- ☐ 已完成 顆齲齒填補
 ☐ 待拔牙 顆，請按時複診
☐ 尚有其他齲齒須做持續治療，請按時複診
☐ 已完成矯治，請每半年撥空進行口腔檢查，以期早期發現問題早期治療

★12 足歲以前可以免費做第一大白齒的窩溝封填+正確潔牙就不容易蛀牙，可省下日後治療費用！

醫療院所醫師簽章：

家長簽名：