

School District of Springfield Twp.

PENNSYLVANIA

衛生局

學齡學生

的私人牙醫牙齒檢查報告

學校名稱 _____ 日期 _____ 20__

孩子的姓名：			年齡	性別	年級	分區/班級
姓氏	名字	中間名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		

地址

號碼和街道名 城市或郵局 市鎮區 縣 州 郵遞區號

檢查報告

	牙齒圖表																
	右邊								左邊								
上面	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	上面
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	
下面	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	下面
	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E	
上面																	上面
下面																	下面

孩子目前有接受治療嗎？ 是 否

治療完成 是 否

_____ 牙齒檢查日期

_____ 牙醫簽名

_____ 牙醫的正楷姓名

_____ 地址