

แบบบันทึกสภาวะโรคฟันผุ ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการsealant

กรอกประวัติทั่วไป

ID (13 หลัก)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ชื่อ-นามสกุล.....

เพศ ชาย หญิง

อายุ ปี

ชั้น

โรงเรียน/ศพด.....

ที่อยู่ของเด็ก.....จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....

สภาวะโรคฟัน

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

การกรอกสี Status (พื้นว่างมีฟันแท้)

A 0 ปกติ (Sound)

B 1 ุผุ (Decayed)

C 2 อุดแล้ว (Filled, with decay)

D 3 อุดไม่ (Filled, no decay)

E 4 ถอน (Missing, as a result of caries)

F 5 เคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)

G 6 ุผุไม่อุด (Unrestored caries)

- 8 ฟันยังไม่ขึ้น (Unerupted tooth)

- 9 อื่น ๆ ไม่เกี่ยวข้อง (Excluded)

ความต้องการบริการทันตกรรม

ต้องการอุดหินน้ำลาย ใช่ ไม่ใช่

ความต้องการการอุดฟัน

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

ความต้องการการถอนฟัน

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

ทา/เคลือบฟลูออไรด์ ใช่ ไม่ใช่

Pulpo/pulpectomy ใช่ ไม่ใช่

ให้ทันตสุขภาพศึกษา ใช่ ไม่ใช่

อื่นๆ ระบุ

ฟันที่ต้องการเคลือบหลุมร่องฟัน เลือกฟันที่ต้องการเคลือบหลุมร่องฟันที่ 6

	16
	46

26

	36
--	----

26

เลือกฟันที่ต้องการเคลือบหลุมร่องฟันที่ 7

	16
	46

26

	36
--	----

ผู้ตรวจ.....วันที่ตรวจ.....

การให้บริการ

เคลือบหลุมร่องฟันแล้วในฟันซี่

<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	26
<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	36	<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	36

ฟันที่ได้รับการอุดฟัน

<input type="text"/>	17	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	55	<input type="text"/>	54	<input type="text"/>	53	<input type="text"/>	52	<input type="text"/>	51	<input type="text"/>	61	<input type="text"/>	62	<input type="text"/>	63	<input type="text"/>	64	<input type="text"/>	65	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>	27
<input type="text"/>	47	<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	45	<input type="text"/>	44	<input type="text"/>	43	<input type="text"/>	42	<input type="text"/>	41	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>	32	<input type="text"/>	33	<input type="text"/>	34	<input type="text"/>	35	<input type="text"/>	36	<input type="text"/>	37
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	85	<input type="text"/>	84	<input type="text"/>	83	<input type="text"/>	82	<input type="text"/>	81	<input type="text"/>	71	<input type="text"/>	72	<input type="text"/>	73	<input type="text"/>	74	<input type="text"/>	75				

ฟันที่ได้รับการถอนฟัน

<input type="text"/>	17	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	55	<input type="text"/>	54	<input type="text"/>	53	<input type="text"/>	52	<input type="text"/>	51	<input type="text"/>	61	<input type="text"/>	62	<input type="text"/>	63	<input type="text"/>	64	<input type="text"/>	65	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>	27
<input type="text"/>	47	<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	45	<input type="text"/>	44	<input type="text"/>	43	<input type="text"/>	42	<input type="text"/>	41	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>	32	<input type="text"/>	33	<input type="text"/>	34	<input type="text"/>	35	<input type="text"/>	36	<input type="text"/>	37
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	85	<input type="text"/>	84	<input type="text"/>	83	<input type="text"/>	82	<input type="text"/>	81	<input type="text"/>	71	<input type="text"/>	72	<input type="text"/>	73	<input type="text"/>	74	<input type="text"/>	75				

Pulpo/pulpectomy

<input type="text"/>	55	<input type="text"/>	54	<input type="text"/>	53	<input type="text"/>	52	<input type="text"/>	51	<input type="text"/>	61	<input type="text"/>	62	<input type="text"/>	63	<input type="text"/>	64	<input type="text"/>	65
<input type="text"/>	85	<input type="text"/>	84	<input type="text"/>	83	<input type="text"/>	82	<input type="text"/>	81	<input type="text"/>	71	<input type="text"/>	72	<input type="text"/>	73	<input type="text"/>	74	<input type="text"/>	75

ต้องการชุดหินน้ำลาย ใช่

ทา/เคลือบฟลูออไรด์ ใช่

ให้ทันตสุขศึกษา ใช่

อื่นๆ ระบุ

Complete Case

Complete date

ผู้ให้บริการ.....วันที่ รับบริการ.....

ทันตแพทย์ผู้ดูแล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

ผู้ปกครอง/ครู.....โทร.....

สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรม

สภาวะฟันตกกระ	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่
สภาวะเหงือกอักเสบ	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่
กินระหว่างมื้อ(จำนวนครั้งต่อวัน)	<input type="text"/>	ครั้ง/วัน		
น้ำหวาน>3 วัน/สัปดาห์	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่
ดื่มน้ำหวาน(จำนวนครั้งต่อวัน)	<input type="text"/>	ครั้ง/วัน		
น้ำอัดลม>3 วัน/สัปดาห์	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่
ดื่มน้ำอัดลม(จำนวนครั้งต่อวัน)	<input type="text"/>	ครั้ง/วัน		
กินขนม(จำนวนครั้งต่อวัน)	<input type="text"/>	ครั้ง/วัน		
ลูกอม(จำนวนเม็ดต่อวัน)	<input type="text"/>	เม็ด/วัน		
แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่
แปรงฟันหลังอาหารกลางวันหรือเย็นทุกวัน	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่