

การให้บริการ

เคลือบหลุมร่องฟันแล้วในฟันซี่

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

ฟันที่ได้รับการอุดฟัน

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

ฟันที่ได้รับการถอนฟัน

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

Pulpo/pulpectomy

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

ต้องการชุดหินน้ำลาย ใช่

ทา/เคลือบฟลูออไรด์ ใช่

ให้ทันตสุขศึกษา ใช่

อื่นๆ ระบุ

Complete Case

Complete date

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

ทันตแพทย์ผู้ดูแล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

ผู้ปกครอง/ครู.....โทร.....

สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมเด็ก 18 เดือน

การบริโภคนมหวาน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
การบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
การใช้ขวดนม(เด็กใช้ขวดนมดื่มเครื่องดื่ม)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
กินขนม(จำนวนครั้งต่อวัน)	<input type="checkbox"/>	ครั้ง/วัน	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
การแปรงฟันโดยผู้ปกครองก่อนนอน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
แปรงฟันต่อวัน(จำนวนครั้งต่อวัน)	<input type="checkbox"/>	ครั้ง/วัน	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
มี plaque	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
มี white spot	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9-12เดือน เคยรับบริการ ตรวจช่องปาก	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9-12เดือน เคยรับบริการ ได้รับคำแนะนำ	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9-12เดือน เคยรับบริการ ได้รับ F วาณิช	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9-12เดือน เคยรับบริการ ได้รับการรักษา	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9-12เดือน เคยรับบริการ ที่ผู้ปกครองฝึกแปรงฟัน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่