

การให้บริการ

เคลือบหลุมร่องฟันแล้วในฟันที่

<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 3-5 ปี

บริโภคนมหวาน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
นํานมหวาน/เปรี้ยวมา	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
นำขวดนมมาที่ ศพด.	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
นำขนมมาที่ ศพด.	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
แปรงฟันตอนเช้า	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
ฟันสะอาด	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่