

แบบบันทึกสภาวะโรคฟันผุ ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการsealant

กรอกประวัติทั่วไป

ID (13 หลัก)

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

ชื่อ-นามสกุล.....

เพศ  ชาย  หญิง

อายุ ..... ปี

ชมรม/หมู่บ้าน.....

ที่อยู่.....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												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37												
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75														

การตรวจ Status (พื้นจำนวนฟันแท้)

- 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 (Fluoride sealant)
- G 6 ฟันผุ (Active caries)
- 8 ฟันยังไม่ขึ้น (Unerupted tooth)
- 9 ขึ้นแล้วไม่รวม (Excluded)

ความต้องการบริการทันตกรรม

ต้องการขูดหินน้ำลาย  ใช่  ไม่ใช่

ความต้องการการอุดฟัน

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
17	16	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>	25	<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"/>	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						

ความต้องการการถอนฟัน

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
17	16	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>	25	<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"/>	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						

ทาเคลือบฟลูออไรด์  ใช่  ไม่ใช่

Pulpo/pulpectomy  ใช่  ไม่ใช่

ให้ทันตสุขศึกษา  ใช่  ไม่ใช่

อื่นๆ ระบุ.....

ฟันที่ต้องการเคลือบหลุมร่องฟัน เลือกฟันที่ต้องการเคลือบหลุมร่องฟันที่ 6

เลือกฟันที่ต้องการเคลือบหลุมร่องฟันที่ 7

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

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

ต้องการอุดหินน้ำลาย  ใช่

ทา/เคลือบฟลูออไรด์  ใช่

ให้ทันตสุขศึกษา  ใช่

อื่นๆ ระบุ .....

Complete Case

Complete date .....

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

ทันตแพทย์ผู้ดูแล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

ผู้ดูแล.....โทร.....

สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรม

ใช้ยารักษาโรคทางระบบ	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่		
เบาหวาน	<input type="text"/>	ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจ	<input type="text"/>	คุมได้	<input type="text"/>	คุมไม่ได้
เคี้ยวหมาก	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
สูบบุหรี่	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่		
แปรงฟันแท่งก่อนนอน	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่		
ดูแลซอกฟัน	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่		
การรับบริการในปี	<input type="text"/>	ใช่	<input type="text"/>	ไม่ใช่		

ฟันหลังคู่สบ	<input type="text"/>	ฟันแท้/เทียมสบ0-3คู่	<input type="text"/>	4คู่ขึ้นไปทั้งหมด	<input type="text"/>	4คู่ขึ้นไปแท้+เทียมหมด	<input type="text"/>	4คู่ขึ้นไปเทียมหมด
ใส่ฟันเทียมถอดได้	<input type="text"/>	ไม่มีใส่	<input type="text"/>	ใส่<16 ซี่	<input type="text"/>	ใส่>=16ซี่	<input type="text"/>	ใส่ทั้งปาก