

婴幼儿口腔检查结果通知单

(本门诊表用于18个月至29个月的幼儿)

受检者姓名		身份证号	- 3(4)
住址		电话号码	

问诊表评价						
牙科病历问题	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有	口腔健康习惯问题	摄取糖	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有
口腔健康认识度问题	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有		口腔卫生	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有
				用氟	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有

口腔检查结果																													
分类	相关疾病	检查项目				结果		参考事项																					
牙科检查	龋齿症(蛀牙)	牙齿状态																											
		<table><tr><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td></tr><tr><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td></tr></table>								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																		
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																		
		〈标示方法〉 龋齿牙: ● 可疑龋牙: ○ 修复的牙齿:F																											
龋齿牙		<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有	※ 幼齿龋齿发病率(2006年/%) <table><tr><td></td><td>全体</td><td>男</td><td>女</td></tr><tr><td>满2岁</td><td>13</td><td>9</td><td>32</td></tr><tr><td>满3岁</td><td>27</td><td>15</td><td>23</td></tr></table> (保健福祉部、2006国民口腔健康状态调查、2007)					全体	男	女	满2岁	13	9	32	满3岁	27	15	23										
	全体	男	女																										
满2岁	13	9	32																										
满3岁	27	15	23																										
邻接面的可疑龋齿		<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有																										
		修复的牙齿		<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有	※ 关于检查项目说明 ① 龋齿牙: 指有蛀牙的牙齿 ② 邻接面的可疑龋齿: 指两颗牙齿相邻的邻接面发生可疑龋的牙齿 ③ 修复的牙齿: 龋齿治疗时, 用金、复合树脂、银汞合金等材料覆盖或填充的牙齿																							
对其他部位的检查意见																													
口腔卫生检查		龋齿症	食物嵌塞及齿面细菌膜		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 需要改进																								

综合判定及措施内容			
综合判定		<input type="checkbox"/> 正常 A <input type="checkbox"/> 正常 B <input type="checkbox"/> 需要注意 <input type="checkbox"/> 需要治疗	
措施内容	所需的口腔保健教育	建议事后管理	追加措施内容
	<input type="checkbox"/> 摄取糖(营养) <input type="checkbox"/> 口腔卫生 <input type="checkbox"/> 用氟	<input type="checkbox"/> 口腔精密检查(放射线检查等) <input type="checkbox"/> 专家的口腔卫生管理及牙周管理 <input type="checkbox"/> 特殊预防措施(填补牙洞、涂氟等) <input type="checkbox"/> 治疗口腔病(治疗龋齿等)	
结果解释			

疗养机构代码		体检机构名称		筛查医师	(签名)
体检日期	年    月    日			医师资格证号码	

※ 本口腔检查的重点在于检查龋齿症, 并不能查出所有口腔疾病, 至于措施内容, 务必及时与牙科医生咨询。