

口腔檢查表

病人姓名		身份證字號		年齡	
------	--	-------	--	----	--

初診診察紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

初診治療紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

複診治療紀錄(第一次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

複診治療紀錄(第二次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

複診治療紀錄(第三次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

註: W: white lesion ; C: caries ; RR: residual root ; F: filling