

School District of Springfield Twp.

PENNSYLVANIA

주보건청

취학 전 아동의 치아 검사에 관한

개인 치과 의사 보고서

학교 이름 _____ 날짜 _____ 20__

아동 이름	나이	성별	학년	반/교실
성 _____ 이름 _____ 중간 이름 _____		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 녀		

주소

거리 번지수 _____ 도시 또는 사서함 _____ 보로/타운십 _____ 카운티 _____ 주 _____ 우편번호 _____

검사 보고서

	TOOTH CHART(치아 차트)																
	오른쪽								왼쪽								
위쪽	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	위쪽
아래쪽	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	아래쪽
위쪽																	위쪽
아래쪽																	아래쪽

치료 중입니까? 예 아니오

치료가 완료되었습니까? 예 아니오

_____ 치아 검사 날짜

_____ 치아 검진의 서명

_____ 치아 검진의 이름(기재)

_____ 주소