

구강검진결과 통보서

소 속	() 지역아동센터			
	() 초등학교 4학년 반 번			
성 명	성 별	남 · 여	생년월일	

구강검사 결과 및 판정								
충진된 치아	① 없음	② 있음	학생 상()개 하()개	아동 유치()개 영구치()개	그 밖의 치아 상태	① 과잉치	② 유치 잔존	③ 그 밖의 치아 상태:
현재 우식치아	① 없음	② 있음	학생 상()개 하()개	아동 유치()개 영구치()개	치주 질환	① 없음	② 있음	<input type="checkbox"/> 치은출혈/비대 <input type="checkbox"/> 치석형성 <input type="checkbox"/> 치주낭형성 <input type="checkbox"/> 그 밖의 증상
우식발생 위험치아	① 없음	② 있음	학생 상()개 하()개	아동 유치()개 영구치()개				
결손치아 (영구치)	① 없음	② 있음	상()개 하()개	악관절 이상				
구내염 및 연조직질환	① 없음	② 있음	고등학교 추가항목					
부정교합	① 없음	② 있음	③ 교정중		치아마모증	① 없음		② 있음
구강위생 상 태	① 우수	② 보통	③ 개선요망		제3대구치 (사랑니)	① 정상		② 이상

소 견				
보건교육 (필수)	<input checked="" type="checkbox"/> 구강위생관리 <input checked="" type="checkbox"/> 바른 식습관 <input checked="" type="checkbox"/> 불소이용법 <input checked="" type="checkbox"/> 금연/금주 <input checked="" type="checkbox"/> 칫솔질·치실질			
* 아래 <input checked="" type="checkbox"/> 표기된 항목은 서울시 치과주치의사업에서 제공되는 서비스로 무료 제공됩니다.				
예방진료	<input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 <input type="checkbox"/> 불소도포 <input type="checkbox"/> 치아홈메우기 <input type="checkbox"/> 치석제거			
(아동치과주치의 사업 대상자만 해당)				
* 아래 <input checked="" type="checkbox"/> 표기된 항목은 위 아동에게 필요한 전문적 치료이며, 치료비는 일부만 지원됩니다.				
치료	<input type="checkbox"/> 충전 <input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 치수/치근단 치료 <input type="checkbox"/> 기타			
종합소견				
별도검사	검사일자	검사명	검사기관	검사결과

판 정 치과의사	면허번호		검진일	검진일	
	의사명	(인)	및 검진기관	검진기관명	