

ผลการตรวจคัดกรองด้านทันตกรรม

กรุณาแบ่งปันข้อมูลนี้กับทันตแพทย์ของบุตรหลานของคุณ

ชื่อของบุตรหลาน: _____ วันที่: _____
(นามสกุล) (ชื่อ)

ฟันของบุตรหลานของคุณได้รับการตรวจที่โรงเรียนวันนี้แล้ว ผลการตรวจของบุตรหลานของคุณได้ระบุไว้ด้านล่าง
กรุณาไปพบทันตแพทย์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ผลการตรวจคัดกรองด้านทันตกรรม



- ☐ 0 - ฟันของบุตรหลานของคุณดูแข็งแรงและอยู่ในสภาพดี
ไม่พบสัญญาณของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มองเห็นได้ ควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง



- ☐ 1 - พบสัญญาณของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มองเห็นได้
พบความเป็นไปได้ที่บุตรหลานของคุณจะมีฟันผุหรือฟันผุเล็กน้อย
ขอแนะนำให้พบทันตแพทย์ในเดือนหน้าเพื่อป้องกันปัญหาที่รุนแรงหรือมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น
- ☐ หากบุตรหลานของคุณกำลังรับการรักษาอยู่ กรุณาติดตามการรักษาต่อไป
กับทันตแพทย์ของคุณ



- ☐ 2 - พบสัญญาณหรืออาการของปัญหาสุขภาพช่องปากที่รุนแรง
พบความเป็นไปได้ที่จะมีฟันผุนขนาดใหญ่ อาการปวด หรือฝีที่ฟัน/การติดเชื้อ
ขอแนะนำให้พบทันตแพทย์ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- ☐ บุตรหลานของคุณไม่สามารถเข้าร่วมได้ เราจะลองอีกครั้งในคราวหน้า!
กรุณาพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

☐ ไม่มา ☐ ปฏิเสธ

ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วารินิชแล้ว: ☐ ใช่ ☐ ไม่

หลังจากได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วารินิช

- บุตรหลานของคุณไม่ควรแปรงฟันหรือใช้ไหมขัดฟันเป็นเวลา 24 ชั่วโมง
- หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เช่น เพอร์ทเซล ลูกกวาด และแอปเปิ้ล

Dental Screening Results

Please share this information with your child's dentist

For more
information or if you
need help finding a
dentist, please call us
at 503-521-7166.

Name of Child: _____ Date: _____
(Last) (First)

Your child's teeth were checked at school today. Your child's results are marked below. Please continue to see a dentist at least once a year.

DENTAL SCREENING RESULTS



- ☐ 0 - Your child's teeth looked great!
No visible signs of dental problems. See your dentist at least once a year.



- ☐ 1 - Visible signs of dental problems were found. Possible cavities or small cavities were seen in your child's teeth. A visit to a dentist is recommended in the next month to prevent serious or more costly problems.
- ☐ If your child is already receiving treatment, please continue follow-up with your dentist.



- ☐ 2 - Visible signs or symptoms of serious dental problems were found. Possible large cavities, pain or abscesses/infection were present. A visit to a dentist is recommended in the next 24-48 hours.

- ☐ Your child was not able to participate. We'll try again next time!
Please see your dentist at least once a year.

☐ Absent ☐ Refused

Received fluoride varnish: ☐ Yes ☐ No

AFTER GETTING FLUORIDE VARNISH

- Your child should not brush their teeth or floss for 24 hours
- Avoid hard foods such as pretzels, candy, and apples