

DENTIST REPORT OF DENTAL EXAMINATION

NAME OF SCHOOL _____

DATE _____

NAME OF CHILD _____

AGE _____

SEX _____

GRADE _____

ADDRESS _____

REPORT OF EXAMINATION

	Tooth Chart																
	Left								Right								
upper	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	upper
lower	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	lower
upper																	upper
lower																	lower

Is The Child Under Treatment? Yes No

Treatment Completed? Yes No

Date of Dental Examination: _____

Signature of Dental Examiner: _____

Print Name of Dental Examiner: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГА ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ

ДАТА

ФАМИЛИЯ, ИМЯ РЕБЕНКА

ВОЗРАСТ

ПОЛ

КЛАСС

АДРЕС

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

	Tooth Chart																
	Left								Right								
upper	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	upper
lower	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	lower
upper																	upper
lower																	lower

Проходит ли ребенок лечение? Да Нет

Лечение завершено? Да Нет

Дата проведения осмотра ротовой полости:

Подпись стоматолога:

Имя, фамилия стоматолога (печатными буквами):