

口腔健康评估表

对于所有 3 岁及以上的学生，请使用此表格向其学校/托儿所报告其口腔健康状况。

说明

- 完成下方第 1 部分。请将此表格交至儿童/学生的牙科服务提供者处。牙科服务提供者应填写第 2 部分。
- 请完整填写并签署表格，并交至学生的学校/托儿所。

第 1 部分：儿童/学生信息（由家长/监护人填写）

名 _____ 姓 _____ 中间名首字母 _____

学校名称或托儿所名称 _____

学生学号 _____ 出生日期

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(月/日/年)：

当前性别认同： _____

家庭住址： _____ 家庭所在州： _____

家庭邮政编码

--	--	--	--	--	--

学校 年级	日托	学前班 3岁	学前班 4岁	幼 儿 园	1年 级	2年 级	3年 级	4年 级	5年 级	6年 级	7年 级	8年 级	9年 级	10 年 级	11 年 级	12 年 级	成人 教育
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 2 部分：儿童/学生的口腔卫生状况（由牙科服务提供者填写）

- 患者是否至少有一颗牙齿有**明显龋齿**（未经治疗的龋齿）？不
包括牙釉质结构没有明显染色凹坑或裂隙，或非龋齿
脱矿病变（即白斑）。 是 否
- 患者是否至少有一颗**治疗过的龋齿**？这包括任何因龋齿治疗而使用银汞合金、复合材料、临时修复材料或牙冠的牙齿。 是 否
- 患者是否至少有一颗白恒牙带有**部分或完全保留的密封剂**？ 是 否
- 在常规检查前**，患者是否有未经治疗的龋齿或其他需要**护理**的口腔卫生问题？（需要早期护理） 是 否
- 患者是否有**疼痛、脓肿或肿胀**？（需要紧急护理） 是 否
- 患者口腔中有多少颗**乳牙**受到龋齿影响，且属于以下任一情况：
a. 未经治疗
b. 已用填充物/牙冠治疗？
- 患者口腔中有多少颗**恒牙**受到龋齿的影响，且属于以下任一情况：
a. 未经治疗
b. 已用填充物/牙冠治疗
c. 因龋齿拔牙？
- 患者的牙科保险是什么类型？ Medicaid 私人保险 其他 无

牙科服务提供者姓名 _____

牙科诊所印章

牙科服务提供者签名 _____

牙科检查日期 _____

此表格取代哥伦比亚特区口腔健康评估表先前版本，用于入读哥伦比亚特区学校、所有启蒙计划 (Head Start) 和托儿中心。此表格经 DC Health 批准，为保密文件。对于医疗服务提供者而言，保密性系指遵守 1996 年《健康保险流通与责任法案》(HIPPA)，而对于哥伦比亚特区学校和其他提供者而言，保密性系指遵守《家庭教育权利和隐私法案》(FERPA)。