

구강 건강 평가서(Oral Health Assessment Form)

3세 이상의 모든 학생들은 이 양식을 사용해 구강 건강 상태를 학교/보육 시설에 신고하시기 바랍니다.

작성 안내

- 아래 파트 1 을 작성합니다. 본 양식을 아이/학생의 치과 의료 제공자에게 가져갑니다. 치과 의료 제공자는 파트 2 를 작성해야 합니다.
- 완전히 작성하고 서명을 마친 양식을 학생의 학교/보육 시설로 제출하십시오.

파트 1: 아동/학생 정보(부모/보호자가 작성)

이름 _____ 성 _____ 중간 이니셜 _____

학교명 또는 보육 시설 이름 _____

학생 ID _____ 생년월일

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

(MMDDYYYY):

현재 성별 정체성: _____

집 주소: _____ 거주 주: _____ 거주지 우편 번호

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

학교 학년	어린 이집	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	성인 교육.
	<input type="checkbox"/>																

파트 2: 아동/학생의 구강 건강 상태(치과 의료 제공자 작성)

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 환자에게 분명히 구멍이 생긴 치아(치료받지 않은 충치)가 최소 한 개 있습니까? 치아의 에나멜 구조에 뚜렷한 분해 흔적이 없는 치아에 난 착색 자국이나 갈라진 틈, 또는 비충치성 탈염분 병변(예: 백반 자국)은 해당되지 않습니다. | 예 | 아니
요 | | |
| 2. 환자에게 충치 치료를 받은 치아가 최소 한 개 있습니까? 여기에는 치과 충치 치료의 결과로서 아말감, 임시 치아, 또는 크라운이 있는 치아가 포함됩니다. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. 환자에게 실란트(sealant)의 일부 또는 전체가 남아있는 영구치(어금니)가 최소 한 개 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. 환자에게 환자의 정기 검진일 전에 치료를 요하는 미치료 충치 또는 기타 구강 건강 문제가 있습니까? (조기 치료 필요) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. 환자에게 통증, 농양 또는 부기 가 있습니까? (긴급 치료 필요) | | | | |
| 6. 환자의 구강 내 몇 개의 유치가 아래와 같은 충치의 영향을 받고 있습니까?
a. 치료받지 않은 충치 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b. 필링/크라운으로 치료된 충치 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| 7. 환자의 구강 내 몇 개의 영구치가 아래와 같은 충치의 영향을 받고 있습니까?
a. 치료받지 않은 충치 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| b. 필링/크라운으로 치료된 충치 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| c. 충치로 인해 발치한 치아 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| 8. 환자는 어떤 종류의 치과 보험을 보유하고 있습니까? | Medicaid
<input type="checkbox"/> | 민간 보험
<input type="checkbox"/> | 기타
<input type="checkbox"/> | 없음
<input type="checkbox"/> |

치과 의료 제공자 이름 _____

치과 병원 도장

치과 의료 제공자 서명 _____

치과 검진 날짜 _____

본 양식은 DC 학교, 모든 헤드 스타트(Head Start) 프로그램, 그리고 보육 센터에 입학하기 위해 사용되었던 이전 버전의 DC 구강 건강 평가서를 대체합니다. 본 양식은 DC 보건부에 의해 승인되었으며 기밀이 보장되는 문서입니다. 기밀 보장은 의료 서비스 제공자들을 위한 1996 년 건강 보험 이동성 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPPA)과 DC 학교 및 기타 교육 기관들을 위한 가정의 교육적 권리와 사생활 보호법(Family Education Right and Privacy Act, FERPA)에 의거한 것입니다.