

口腔健康鑒定表

加利福尼亞州法律 (教育法典第 49452.8 節) 規定您的子女在公立學校就讀第一年的 5 月 31 日前必須做一次牙科檢查。該檢查必須由一位持加州執照的專業牙科人員在其行醫的範圍內進行並由其填寫本表格的第二部分。如果您的子女在開學前 12 個月內已經做過牙科檢查，請您的牙醫填寫第二部分。如果您無法給您的子女做牙科檢查，請填寫第三部分。

第一部分：子女資訊 (由家長或監護人填寫)

子女名：	姓：	中間名縮寫：	子女出生日期：
地址：			公寓號碼：
城市：			郵遞區號：
學校名稱：	老師：	年級：	子女性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家長/監護人姓名：	子女種族/族裔： <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 土著美國人 <input type="checkbox"/> 多種族 <input type="checkbox"/> 其他_____		
<input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋島國後裔 <input type="checkbox"/> 未知			

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

第二部分：口腔健康資料收集 (由一位持加州執照的牙科專業人員填寫)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

重要：分別閱讀每個欄目並對每個欄目進行勾選。

Assessment Date: 鑒定日期：	<u>Caries Experience</u> 齲齒史 (Visible decay and/or fillings present) (可見蛀牙和/或有補牙) <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	<u>Visible Decay Present:</u> 可見蛀牙存在： <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	<u>Treatment Urgency:</u> 治療的緊急性： <input type="checkbox"/> No obvious problem found 未發現明顯問題 <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) 建議早期牙齒護理 (齲齒無痛或發炎或孩童可以受益於齒溝封閉或進一步檢查) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) 需立即治療 (牙痛、發炎、紅腫或軟組織損傷)
Licensed Dental Professional Signature 持有執照的牙科專業人員簽名			CA License Number 加州執照號碼
		Date 日期	

