

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: _____

تقرير طبيب الأسنان بعد فحص الأسنان

اسم المريض _____
 التاريخ _____
 اسم الطيف _____
 ملو _____
 العتو _____
 طلف الديا _____
 العتوا _____

تقرير الفحص

| | الوجه النها للأسننا | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|-----------------|
| | الجانا الشمال | | | | | | | | الجانا الأهم | | | | | | | | |
| الأسننا العلوية | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | الأسننا العلوية |
| | | | | ر | ذ | د | خ | ح | ج | ث | ت | ب | | | | | |
| الأسننا السفلية | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | الأسننا السفلية |
| | | | | ز | س | ش | ص | ض | ط | ظ | ع | غ | ف | | | | |
| الأسننا العلوية | | | | | | | | | | | | | | | | | الأسننا العلوية |
| الأسننا السفلية | | | | | | | | | | | | | | | | | الأسننا السفلية |

له اللطف يخضع للعلاج نعم لا

له اكتم العلاج نعم لا

تاريخ فحص الأسنان: _____

توقيع فاحص الأسنان: _____

اسم فاحص الأسنان مطبوعاً: _____