

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: _____

ডেন্টাল পরীক্ষার ডেন্টিস্ট রিপোর্ট

স্কুলের নাম _____

তারিখ _____

বাচ্চার নাম _____

বয়স _____

লিঙ্গ _____

গ্রেড _____

ঠিকানা _____

পরীক্ষার রিপোর্ট

		দাঁতের চার্ট															
		বাম							ডান								
উপর	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	উপর
নিচ	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	নিচ
উপর																	উপর
নিচ																	নিচ

শিশুটি কি চিকিৎসাধীন? _____ হ্যাঁ _____ না

চিকিৎসা কি শেষ হয়েছে? _____ হ্যাঁ _____ না

দাঁতের পরীক্ষার তারিখ: _____

দাঁতের পরীক্ষকের স্বাক্ষর: _____

দাঁতের পরীক্ষকের প্রিন্ট নাম: _____