

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: _____

دانتوں کے معائنے سے متعلق دانتوں کے ڈاکٹر کی رپورٹ

اسکول کا نام _____

تاریخ _____

بچے کا نام _____

عمر _____

جنس _____

جماعت _____

پتہ _____

معائنه کی رپورٹ

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

کیا بچہ زیر علاج ہے؟ _____ ہاں _____ نہیں

کیا علاج مکمل ہو گیا؟ _____ ہاں _____ نہیں

دانتوں کے معائنه کی تاریخ: _____

دانتوں کی معائنه کرنے والے کے دستخط: _____

دانتوں کی معائنه کرنے والے کا پرنٹ شدہ نام: _____