

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: _____

RELATÓRIO DO DENTISTA SOBRE EXAME ODONTOLÓGICO

NOME DA ESCOLA _____

DATA _____

NOME DA CRIANÇA _____

IDADE _____

SEXO _____

SÉRIE _____

ENDEREÇO _____

RELATÓRIO DO EXAME

	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

A criança está em tratamento? _____ Sim _____ Não

Tratamento concluído? _____ Sim _____ Não

Data do exame odontológico: _____

Assinatura do examinador odontológico: _____

Nome em letra de forma do examinador odontológico: _____