

[11] 단순 서식 변경

สำรวจพฤติกรรมเพื่อตรวจช่องปากของเด็ก

(เอกสารสำรวจพฤติกรรมนี้ สำหรับเด็ก 18 เดือนถึง 29 เดือน)

ชื่อผู้รับการตรวจสุขภาพ		เลขทะเบียนผู้พำนัก		ข้อมูลติดต่อของผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับการตรวจสุขภาพ		ที่อยู่อีเมล	

การตรวจสุขภาพช่องปากทารกนั้น สามารถเข้ารับการตรวจในหัวข้อพิเศษขึ้นอยู่กับแต่ละช่วงเวลา 2 ขวบ (18~29 เดือน), 4 ขวบ(42~53 เดือน), 5ขวบ (54~65 เดือน)ได้.  
ผลการสำรวจนี้ ใช้เพื่อเป็นรายละเอียดที่ใช้สำหรับพิจารณาตัดสินผลการตรวจสุขภาพ. ข้อมูลทุกอย่างที่ตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ ดังนั้นขอให้กรอกแบบสำรวจ อย่างถูกต้อง ตรงไปตรงมา . หากผู้ปกครองไม่แน่ใจหรือไม่ทราบในส่วนใด ขอให้เลือกที่คำตอบไม่ทราบแน่ชัด.



คำถามเกี่ยวกับประวัติทันตกรรม และสุขภาพในช่องปาก

1. หลังเกิดจนถึงปัจจุบันเคยพาทารกไปพบทันตแพทย์ หรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่

2. 1 เดือนที่ผ่านมา เด็กเคยรู้สึกปวดหรือเจ็บที่ฟันหรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่

3. คุณคิดว่า ปัจจุบัน เด็กมีฟันผุหรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่
- ③ ไม่ทราบ



คำถามเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก ความเคยชิน(ทานลูกกวาด, อนามัยช่องปาก, ฟลูออไรด์)

4. เลิกดูดนมจากขวดนมแล้วหรือยัง?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่

5. ในแต่ละวันเด็กทานขนมหวาน, ลูกกวาด, แยม หรือขนมหวานๆ ที่เกาะติดฟันมากน้อยแค่ไหน?

- ① ไม่ทาน
- ② 1 ครั้ง
- ③ 2 ~ 3 ครั้ง
- ④ มากกว่า 4 ครั้ง
- ⑤ ไม่ทราบ

6. ในแต่ละวันเด็กทานน้ำอัดลม หรือน้ำสังเคราะห์(รสหวาน เครื่องดื่มหลังเล่นกีฬา, เครื่องดื่มไอออน, น้ำสมุนไพร)?

- ① ไม่ทาน
- ② 1 ครั้ง
- ③ 2 ~ 3 ครั้ง
- ④ มากกว่า 4 ครั้ง
- ⑤ ไม่ทราบ

7. คุณผู้ปกครองเคยได้รับการอบรมวิธีการแปรงฟันที่สถานทันตกรรม ด้วยตนเองหรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่

8. คุณแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้กับเด็กหรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่

9. ในแต่ละวันเด็กแปรงฟันด้วยตนเองบ่อยมากเท่าใด? หรือแปรงให้บ่อยมากเท่าใด?

- ① 1 สัปดาห์ ไม่เกิน 1 ครั้ง
- ② อย่างน้อย 1 สัปดาห์ 1 ครั้ง, ไม่ทุกวัน
- ③ วันละ 1 ครั้ง
- ④ วันละ 2 ครั้ง
- ⑤ 1 วัน มากกว่า 3 ครั้ง

10. เด็กเริ่มใช้ยาสีฟันแล้วหรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่

11. ยาสีฟันที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีฟลูออไรด์หรือไม่?

- ① ใช่
- ② ไม่ใช่
- ③ ไม่ทราบ
- ④ ยังไม่ใช้ยาสีฟัน

12. ปกติใช้ยาสีฟันมากเท่าไร?

- ① น้อยมาก
- ② ขนาดเท่าถั่วเล็ก
- ③ ครึ่งหนึ่งของหัวแปรงสีฟัน
- ④ เท่ากับขนาดหัวแปรงสีฟัน
- ⑤ ไม่ใช่ยาสีฟัน



กรุณากรอกอาการพิเศษ หรือ คำถามที่ต้องการสอบถามจากทันตกรรมได้อย่างเต็มที่.