

فرم ارجاع وپسخوراند معاینات دهان و دندان	
شماره برگه :	شماره پرونده خانوار:
نام و نام خانوادگی مادر/کودک:	مبدا ارجاع :
شماره پرونده خانوار:	تاریخ ارجاع:
فرد ارجاع دهنده :	نام و نام خانوادگی مادر/کودک :
	سن: هفته بارداری:
	سابقه پزشکی :
تاریخ ارجاع :	ثابت نتایج معاینات دهان و دندان:
تاریخ دریافت پسخوراند/نتیجه پسخوراند:	۱-دندانهای پوسیده :
	۲- التهاب لثه : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۳- درمانهای مورد نیاز: ترمیم <input type="checkbox"/> کشیدن <input type="checkbox"/> جرمگیری <input type="checkbox"/> فلوراید تراپی <input type="checkbox"/> فیشور سیلنت <input type="checkbox"/> پالپوتومی <input type="checkbox"/> ارجاع <input type="checkbox"/>
تاریخ پیگیری :	اقدامات و درمان های انجام شده:
نتیجه پیگیری :	تعیین تاریخ درمان:
	۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶-
شماره تماس :	مهر و امضا دندانپزشک :

فرم ارجاع وپسخوراند معاینات دهان و دندان	
شماره برگه :	شماره پرونده خانوار:
نام و نام خانوادگی مادر/کودک:	مبدا ارجاع :
شماره پرونده خانوار:	تاریخ ارجاع:
فرد ارجاع دهنده :	نام و نام خانوادگی مادر/کودک :
	سن: هفته بارداری:
	سابقه پزشکی :
تاریخ ارجاع :	ثابت نتایج معاینات دهان و دندان:
تاریخ دریافت پسخوراند/نتیجه پسخوراند:	۱-دندانهای پوسیده :
	۲- التهاب لثه : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۳- درمانهای مورد نیاز: ترمیم <input type="checkbox"/> کشیدن <input type="checkbox"/> جرمگیری <input type="checkbox"/> فلوراید تراپی <input type="checkbox"/> فیشور سیلنت <input type="checkbox"/> پالپوتومی <input type="checkbox"/> ارجاع <input type="checkbox"/>
تاریخ پیگیری :	اقدامات و درمان های انجام شده:
نتیجه پیگیری :	تعیین تاریخ درمان:
	۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶-
شماره تماس :	مهر و امضا دندانپزشک :