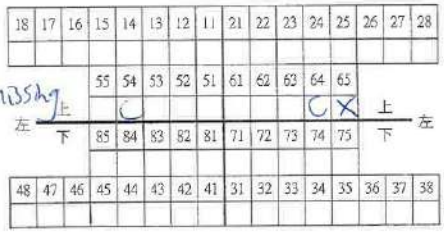
口腔檢查及矯治狀況（回條）

2 年 5 班 20 號　姓名：[redacted]

診療醫院所名稱：　　診療日期：　年　月　日

醫師檢查結果：
#54 dental caries
#64 dental caries. #65 missing
醫師建議事項：



家長聯絡事項：

☐ 已預約，預定＿＿月＿＿日就醫

☑ 牙齒矯治中，就醫日期 4 月 24 日，就醫診所 [redacted]

☐ 今年已作過定期檢查，就醫日期＿＿月＿＿日，就醫診所＿＿＿＿

☐ 其他聯絡事項：

家長簽名：[redacted] 年 4 月 24 日

※ 請在牙齒矯治完成後，將本回條交給級任老師轉還健康中心彙整。謝謝！