



特雷迪芬/伊斯特唐學區

家庭牙醫報告

3 年級、7 年級以及在賓州就讀的所有新生

賓州學校健康法要求在入學、三年級和七年級時進行牙科檢查。強烈建議由您的家庭牙科醫生進行檢查，因為他們最熟悉您子女的牙科需求，並能夠提供後續的治療、清潔等。此檢查表格應由您的家庭牙科醫生填寫，並交回給您子女的校醫。

姓名：_____ 學校：_____ 年級_____

牙科檢查日期：_____

請勾選一項：

子女是否在接受治療 是_____ 否_____

治療已完成 是_____ 否_____

牙科醫生簽名：_____

牙科醫生的工整書寫姓名：_____

地址_____

電話_____