

年 月 日

年 月 日 組 氏 名 ชื่อนักเรียน 保護者様

ชื่อผู้ปกครอง

船橋市立 小(中)学校

校長 อาจารย์ใหญ่

この度歯科健康診断の結果、お子様は下表の○印と診断されましたのでお知らせいたします。

ผลการวินิจฉัยฟัน/ หัวข้อข้างล่างนี้ข้อที่ตรงกับเด็กได้วงเล็บไว้ จึงเรียนเพื่อทราบ

種類 ประเภท	程度 ระดับ	説明 คำอธิบาย
健康な状態 สุขภาพ,		むし歯がなく、歯と口腔の健康が保たれています。今後も規則正しい生活習慣とブラッシングを続けましょう。 ไม่มีแมลงกินฟัน , รักษาฟันและช่องปาก , ต่อจากนี้ไปใช้ชีวิตประจำวันให้ถูกต้องควรแปรงฟันให้สะอาดอยู่เสมอ
むし歯 แมลงกินฟัน	1	歯のくぼみや溝に着色があったり、歯の表面に白濁や褐色斑が認められむし歯の疑いがあります。歯科医と相談されるか、ブラッシングを丁寧にしてください。 ฟันเป็นรู ,หรือเปลี่ยนสี , หินปูนสีเหลือง , แมลงกินฟันอาจเป็นไปได้ ให้ปรึกษาทันตแพทย์และพยายามแปรงฟันให้มากขึ้น
	2	むし歯があります。早急に歯科医での受診をお勧めします。 ถ้ามีแมลงกินฟัน , ให้รีบไปพบแพทย์รักษาทันที
歯肉の状態 สภาพกล้ามเนื้อ เนื้อฟัน	1	軽度の歯肉の炎症がありますので、家庭でも良くブラッシングをしてください。 เพื่อไม่ให้ฟันอักเสบ , ทุกคนในครอบครัวควรแปรงฟันเป็นประจำ
	2	歯肉の炎症(歯石の沈着)がありますので、歯科医での受診をお勧めします。 กล้ามเนื้อเนื้อฟันอักเสบสาเหตุจากหินปูนเกาะ /ไม่ต้องกังวลเริ่มให้แพทย์รักษาทันที
歯垢の状態 สิ่งหมกหมม ติดฟัน	1	若干の歯垢の付着が見られますので、家庭でも良くブラッシングをしてください。 สิ่งที่มองเห็นติดตามฟันชัดเจน , ทุกคนในครอบครัวควรแปรงฟันเป็นประจำ

	2	相当の歯垢の付着が見られますので、ブラッシングの習慣がつくように さ せ て く だ さ い 。 ถ้ามองเห็นสิ่งที่หมกหมมตามฟันให้แปรงฟันทันทีทำให้เป็นกิจวัตร
歯列 かみ合わせ ฟันรอบไม่ ตรงกัน	1	1～2本程度の歯に歯列・咬合の不正が見られます。 1..2 ซี่ขนาดฟันและระดับฟัน , ครอบไม่ตรงกันเห็นได้ชัด
	2	歯列不正・不正咬合が指摘されました。虫歯になりやすく歯肉や顔かたちにも影響がでることがあります。歯科医と相談してください。 แมลงกินฟันและกล้ำเนื้อฟันไม่ปกติ มีผลกระทบต่อรูปหน้าก็มีมากกรุณาปรึกษาแพทย์
注意 乳 歯 ฟันน้ำนม		抜去した方がよいかどうか精密検査の必要が認められますので、歯科医の受診をお勧めします。จำเป็นต้องครอบหรือมัลให้ปรึกษาทันตแพทย์และตรวจก่อน
顎関節 眩暈		1 口があげにくい 2 噛み合わせが悪い 3 音がする 4 痛みがある。 อาการเจ็บ 2つ以上症状を指摘された方は、一度歯科医との相談をお勧めします ต่อจากนี้ไปบ่งชี้ให้เห็นคนที่มีอาการของโรค , รีบปรึกษาทันตแพทย์。

☆ むし歯の予防には、規則正しい生活・食習慣や心の安定も大切です。ときどき、お子様の口腔の状態をみてください。

☆ เด็กควรป้องกันไม่ให้หนอนกินฟัน / การใช้ชีวิตประจำวันอย่างถูกวิธี /

กินให้เป็นระเบียบสม่ำเสมอ/

บางครั้งกรุณาตรวจดูปากของเด็กและสภาพทั่วไป

☆ 処置が済みましたら、下記の報告者を学校に提出してください。

ข้อความทั้งหมดนี้ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว

กรุณาส่งให้ทางโรงเรียนด้วย

..... きりとりせん

歯科受診報告書

ทันตแพทย์ตรวจรายงาน

平成 年 月 日

ปี เดือน วัน

(医院名) _____にて相談・治療が終わりましたので報告します。

ชื่อสถาบันพยาบาล

ที่ปรึกษา /

ตรวจเสร็จและรายงาน

年 組 氏 名

ปี ชั้น

ชื่อนักเรียน

保護者氏名 _____ 印

ชื่อผู้ปกครอง