

說明: 當孩子在學校註冊時, 學校保健人員會審查學生的保健資料, 包括牙齒保健。如果發現有健康問題, 學校保健人員會協助學生和家長/ 監護人尋求適當的保健服務, 包括牙齒保健。

請填妥這份表格的第一部分, 然後請孩子的牙醫或牙科保健師填妥表格的第二部分並簽名。請把填妥的表格交回給孩子所在學校的保健室。

如果您需要幫忙尋找牙醫/牙科保健師, 可以與馬里蘭州牙科協會聯繫, 他們的網站是www.msda.com。如果您無法獲得牙科保健服務, 請與孩子學校的護士聯繫。

**第一部分: 由家長/監護人填寫**

學生姓名	學生ID	
學校名稱	出生日期	年級

**SECTION II: To be completed by the Dental office. (第二部分: 由牙醫診所填寫。)**

This is to certify that I have examined the teeth of \_\_\_\_\_

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.
- Dental fluoride was applied:  Yes  No

Date of last preventive visit: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Further recommendations \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

請把這份表格交回給孩子所在學校的保健室。