

國立雲林科技大學

新生體檢口腔檢查報告單

學號		系所	
姓名		檢查日期	
<p>口腔檢查結果：</p> <p>未治療齙齒：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>缺牙(因齙齒拔除)：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>已矯治牙齒：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>牙齦炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>牙結石：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>口腔衛生不良：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>咬合不正：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>其他：_____</p>			
檢查醫院或診所名稱：		醫師核章(請核醫師職章)	