

Program Pemeriksaan Kesehatan Gigi Bayi/Kanak-Kanak
(Program pemeriksaan ini adalah untuk usia 18-29 bulan.)

Nama penerima pemeriksaan kesehatan		Nomor KTP		Informasi kontak wali	
Nama wali		Hubungan dengan penerima pemeriksaan kesehatan		Alamat email	

Pemeriksaan bayi/kanak-kanak tersedia pada usia 2 tahun (18–29 bulan), 4 tahun (42–53 bulan), dan 5 tahun (54–65 bulan). Setiap pemeriksaan terdiri dari tes yang sesuai dengan tahap perkembangan.

Tes pemeriksaan ini adalah untuk mengumpulkan informasi tentang anak Anda sebelum pemeriksaan dan sangat penting untuk mengevaluasi kesehatan gigi anak Anda. Semua informasi yang disediakan bersifat rahasia, dan oleh karena itu, harap jawab setiap pertanyaan dengan jujur dan sepengetahuan Anda. Orangtua atau wali harus menjawab kuesioner berikut ini. Jika Anda ragu, harap amati anak Anda dengan saksama sebelum menjawab.



Berikut ini adalah pertanyaan-pertanyaan tentang riwayat gigi dan kesadaran tentang kesehatan mulut anak Anda.

1. Apakah Anda sudah membawa anak Anda ke dokter gigi sejak dia lahir?
① Ya ② Tidak
2. Apakah Anda memberitahu Anda tentang sakit giginya?
① Ya ② Tidak
3. Menurut Anda, apakah gigi anak Anda berlubang?
① Ya ② Tidak ③ Saya tidak tahu



Berikut ini adalah pertanyaan-pertanyaan tentang kebiasaan kesehatan mulut anak Anda (asupan gula, kebersihan mulut, penggunaan fluorida).

- 4.** Apakah anak Anda sudah berhenti minum susu dari botol?
- ① Ya ② Tidak
- 5.** Berapa sering anak Anda mengonsumsi gula-gula atau makanan ringan yang lengket, seperti kue, permen, dan cake, per hari?
- ① Tidak pernah ② Sekali
③ 2–3 kali ④ Lebih dari 4 kali
⑤ Saya tidak tahu
- 6.** Berapa kali anak Anda meminum soda atau minuman manis (termasuk minuman olahraga, minuman pasokan ion, dan jus buah)?
- ① Tidak pernah ② Sekali
③ 2–3 kali ④ Lebih dari 4 kali
⑤ Saya tidak tahu

7. Apakah Anda sudah belajar cara menyikat gigi anak dari klinik gigi atau pusat kesehatan?

① Ya ② Tidak
8. Apakah Anda menyikat gigi anak Anda secara teratur?

① Ya ② Tidak
9. Berapa kali Anda menyikat giginya di hari biasa atau berapa kali Anda menyikat gigi anak Anda?

① Kurang dari sekali seminggu
② Setidaknya sekali seminggu tapi tidak tiap hari
③ Sekali sehari
④ Dua kali sehari
⑤ Lebih dari 3 kali sehari
10. Apakah anak Anda sudah mulai menggunakan pasta gigi?

① Ya ② Tidak
11. Apakah pasta gigi anak Anda mengandung fluorida?

① Ya ② Tidak ③ Saya tidak tahu
④ Dia tidak menggunakan pasta gigi
12. Berapa banyak pasta gigi yang digunakan setiap sikat gigi?

① Sangat sedikit
② Seukuran kacang kecil
③ Setengah panjang kepala sikat gigi
④ Sepanjang kepala sikat gigi
⑤ Dia tidak menggunakan pasta gigi



Harap tuliskan pertanyaan yang perlu Anda ajukan atau jelaskan jika anak Anda menderita kondisi khusus yang memerlukan perhatian dokter.