[12] 단순 서식 변경

Program Pemeriksaan Kesehatan Gigi Bayi/Kanak-Kanak

(Program pemeriksaan ini adalah untuk usia 42-53 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 Anda dan kesadaran tentang kesehatan mulut anak Anda.

1. Apakah Anda sudah membawa anak Anda ke klinik gigi tahun lalu?
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. 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

5. How many times does your child drink soda or sweet drinks (including sports drink, ion supply drink, and fruit juice)?
① Tidak pernah ② Sekali
③ 2–3 kali ④ Lebih dari 4 kali
⑤ Saya tidak tahu

6. Apakah anak Anda belajar cara menyikat gigi dari klinik gigi atau pusat kesehatan?
① Ya ② Tidak

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

8. Pilih semua kesempatan di mana anak Anda menyikat giginya.
① Sebelum sarapan ② Setelah sarapan
③ Sebelum makan siang ④ Setelah makan siang
⑤ Sebelum tidur ⑥ Setelah makan makanan ringan

9. Apakah pasta gigi anak Anda mengandung fluorida?
① Ya ② Tidak
③ Saya tidak tahu ④ Dia tidak menggunakan pasta gigi

10. 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

11. Apakah Anda pernah diberitahu tentang penggunaan fluorida untuk mencegah gigi berlubang pada anak Anda?
① Ya ② Tidak

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