

สำรวจพฤติกรรมเพื่อตรวจช่องปากเด็ก
(เอกสารสำรวจพฤติกรรมนี้ สำหรับเด็ก 54 เดือนถึง 65 เดือน)

ชื่อผู้รับการ ตรวจสอบสภาพ		เลขทะเบียนผู้พำนักร		ข้อมูลติดต่อของ ผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับ ผู้รับการตรวจ สภาพ		ที่อยู่อีเมล	

การตรวจสุขภาพช่องปากทารกนั้น สามารถเข้ารับการตรวจในหัวข้อพิเศษขึ้นอยู่กับแต่ละช่วงเวลา 2 ขวบ (18~29 เดือน), 4 ขวบ(42~53 เดือน), 5ขวบ (54~65 เดือน)ได้.

ผลการสำรวจนี้ ใช้เพื่อเป็นรายละเอียดที่ใช้สำหรับพิจารณาตัดสินผลการตรวจสอบสุขภาพ. ข้อมูลทุกอย่างที่ตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ ดังนั้นขอให้กรอกแบบสำรวจ อย่างถูกต้อง ตรงไปตรงมา. หากผู้ปกครองไม่แน่ใจหรือไม่ทราบในส่วนตัว ของให้เลือกที่คำตอบไม่ทราบแน่ชัด.



คำถามเกี่ยวกับประวัติทันตกรรม และสุขภาพในช่องปาก

- 1.** หลังเกิดจนถึงปัจจุบันเคยพาทารกไปพบทันตแพทย์ หรือไม่?
① ใช่ ② ไม่ใช่
- 2.** บุตรธิดาของคุณได้เคยบอกคุณเกี่ยวกับอาการปวดฟันของเขา/เธอหรือไม่?
① ใช่ ② ไม่ใช่
- 3.** คุณคิดว่า ปัจจุบัน เด็กมีฟันผุหรือไม่?
① ใช่ ② ไม่ใช่ ③ ไม่ทราบ



คำถามเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก ความเคยชิน(ทานลูกกวาด, อนามัยช่องปาก, ฟลูออไร)

4. ในแต่ละวันเด็กทานขนมหวาน, ลูกกวาด, เค้ก หรือขนมหวานๆ ที่เกาะติดฟัน
มากน้อยแค่ไหน?
- ① ไม่ทาน ② 1 ครั้ง ③ 2~3 ครั้ง
- ④ มากกว่า 4 ครั้ง ⑤ ไม่ทราบ
5. ในแต่ละวันเด็กทานน้ำอัดลม หรือน้ำสังเคราะห์(รสหวาน เครื่องดื่มหลังเล่น
กีฬา, เครื่องดื่มอ้อน, น้ำผลไม้)?
- ① ไม่ทาน ② 1 ครั้ง ③ 2~3 ครั้ง
- ④ มากกว่า 4 ครั้ง ⑤ ไม่ทราบ

6. คุณผู้ปกครองเคยได้รับการอบรมวิธีการแปรงฟันที่สถานทันตกรรม ด้วยตนเองหรือไม่?

- ① ใช่ ② ไม่ใช่

7. คุณแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้กับเด็กหรือไม่?

- ① ใช่ ② ไม่ใช่

8. เลือกเวลาที่เด็กแปร่งฟันเมื่อวาน.

- ① ก่อนทานอาหารเช้า ② หลังอาหารเช้า
③ หลังอาหารกลางวัน ④ หลังอาหารเย็น
⑤ ก่อนนอน ⑥ หลังอาหารว่าง

9. ยาสีฟันที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีฟลูออไรด์หรือไม่?

- ① ใช่ ② ไม่ใช่
③ ไม่ทราบ ④ ยังไม่ใช้ยาสีฟัน

10. ปกติใช้ยาเสพติดมากเท่าไร?

- ① น้อยมาก
- ② ขนาดเท่าถั่วเล็ก
- ③ ครึ่งหนึ่งของหัวแปรงสีฟัน
- ④ เท่ากับขนาดหัวแปรงสีฟัน
- ⑤ ไม่ใช่ยาสีฟัน

11. เคยได้รับคำแนะนำให้ใช้ฟลอรไรเพื่อป้องกันฟันผุหรือไม่?

- ① ใช่ ② ไม่ใช่



กรุณากรอกอาการพิเศษ หรือ คำถามที่ต้องการสอบถามจากทันตกรรมได้อย่างเต็มที่.