_____ 구강관리 대상자 명단

※등록번호, 이름, 주민번호를 기재 하셔서 검진당일 제출해 주세요 _____월 _____일

등록번호	이름	주민번호	충전치		충치수		치아홈메우기	구내염연조직(유,무)	결손치(상,하)	부정교합(유,무)	그외(과잉,유치잔존	구강위생(보통개선)	치주질환				악관절이상(유,무)	비고
			유치	영구치	유치	영구치							치은출혈	치석	치주낭	기타		