

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI JOHOR
RUJUKAN ORTODONTIK**

Kepada :		
Tarikh Rujukan :		No. Pendaftaran :
Nama Pesakit :		
Umur :	Jantina :	No. Kad Pengenalan :
Aduan Pesakit :		
Riwayat Perubatan :		
Riwayat Pergigian :		
Pemeriksaan :		
1) Higin Mulut Yang Baik : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
2) Kehadiran Gigi : _____ _____		
3) Gigi Kekal Dicabut : _____ _____		
Diagnosis :		
Maloklusi : <input type="checkbox"/> Kelas I <input type="checkbox"/> Kelas II/1 <input type="checkbox"/> Kelas II/2 <input type="checkbox"/> Kelas III		
<input type="checkbox"/> Supernumerari	<input type="checkbox"/> Hypodontia	<input type="checkbox"/> Gigi Terimpak
<input type="checkbox"/> Gigi Lambat Tumbuh	<input type="checkbox"/> Tabiat	<input type="checkbox"/> Overjet > 6mm
<input type="checkbox"/> Gigi Desidus Tertinggal	<input type="checkbox"/> Gigitan Silang	<input type="checkbox"/> Anterior Open Bite
<input type="checkbox"/> Lain-lain :		
Penyiasatan Radiograf :		Skor IOTN :
<input type="checkbox"/> Periapikal <input type="checkbox"/> Oklusal <input type="checkbox"/> OPG		
Dilampirkan salinan penyiasatan radiograf yang dibuat . <input type="checkbox"/>		
Catatan :		
Sekian, untuk tindakan selanjutnya. Terima kasih.		
Tandatangan :		
Nama :		Tempat Bertugas :

Borang ini adalah sah laku sehingga 3 bulan dari tarikh rujukan