

การให้บริการทันตกรรม เด็กนักเรียนนอกเขต

[โดย นางสาวชนาทิพย์ วัฒนอมมิตร
นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)]

01

ขั้นตอนการออกหน่วย
ตรวจฟัน

02

การตรวจฟัน

03

การคืนกลับข้อมูลเพื่อลง
บันทึกผลการตรวจฟัน

04

การรับนักเรียนมา
รับบริการทันตกรรม
ที่ รพร.

Table Of Contents

รายชื่อโรงเรียนแบ่งตามเขตตำบลรับผิดชอบ

รพร.

รพ.สต.ออกไป อบจ.

1. โรงเรียนวัดเขารวก
2. โรงเรียนบุญส่ง
วิทยานุสรณ์
3. โรงเรียนบ้านเนิน
ทราย

รพ.สต.
หนองพยอม

เขตตำบลเขารวก

1. โรงเรียนเทพประทาน

รพ.สต.
ดงตะขบ

เขตตำบลห้วยเกตุ

1. โรงเรียนสิริวัฒนา
2. โรงเรียนดรุณบัณฑิตพิทยา
3. โรงเรียนวัดโพธิ์ลอย
4. โรงเรียนวัดธงไทยยาราม

รพ.สต.
วังลำโรง

เขตตำบลทับหมัน

1. โรงเรียนวัดทับหมัน
2. โรงเรียนวัดทับปรู
3. โรงเรียนบ้านบึงประดู่

1

ขั้นตอนการออก หน่วยตรวจฟัน



01

ประสานงาน

1. ทันตภิบาลที่รับผิดชอบเขตตำบลนั้น
2. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานทันตกรรมเจ้าของเขต (ไม่มีทันตภิบาล)
3. โรงเรียนที่ออกหน่วย

02

ส่งหนังสือ

1. สสอ.
2. รพ.สต.ที่รับผิดชอบแต่ละเขต
3. รพ.สต.เจ้าของเขต
4. โรงเรียนที่ต้องออกหน่วย

2

การตรวจฟัน

ตรวจฟันนักเรียนชั้น ป.1 – ป.6
ลงในแบบตรวจฟัน



แจ้งผลการตรวจฟัน
แก่ผู้ปกครอง

แบบการตรวจทันตสุขภาพโรงเรียน
โรงเรียนสาธิตสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ อําเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี

ชื่อเด็กทํารายชื่อผู้สอน วิชาสอน อาศัยอยู่ตำบล ที่เรียนเลข เลข 13 หลัก 1689800472773

ตารางสรุปผลการรักษาสุขภาพของปากนักเรียน (เฉพาะฟันแท้)

รหัสบันทึกผล	ฟันแท้	3 - ฟันคู่ได้รับกรุดมแล้ว	4 - ฟันได้รับกรุดมแล้ว	5 - ฟันได้รับการ Sealant แล้ว

ผลการตรวจสุขภาพช่องปาก ตามลำดับชั้น

ชั้น	ผลการตรวจ					ผลการรักษา				
	ฟันแท้	ฟันน้ำนม	ฟันผุ	ฟันผุ	ฟันผุ	อุดฟัน รวม	ถอน รวม	Sealant รวม	ทันตสุขภาพ Complete-F	ทันตสุขภาพ สุขภาพ
ป.1										
ป.2										
ป.3										
ป.4										
ป.5										
ป.6										

หมายเหตุ

F-DEN-015 (แก้ไขครั้งที่ 03-01-02-64)

แบบตรวจฟัน

แบบแจ้งผลการรักษาทางทันตกรรม

เรียนครูประจำชั้น
 ด.ช./ด.ญ. ... อภิวิชญ์ มังกรชัย
 มารับบริการที่
ร.ร. สิวักขิณ
 ได้รับการรักษาดังนี้
 ๑.ถอนฟัน น้ำนม/แท้ จำนวน ฟัน
 ๒.อุดฟัน น้ำนม/แท้ จำนวน ฟัน
 ๓.เคลือบหลุมร่องฟัน จำนวน ฟัน
 ๔.ชุดหินปูน.....
 ๕.อื่นๆ ระบุ.....
 ลงชื่อ..... ผู้ให้การรักษา
 วันที่.....

ผู้ปกครองกรุณานำใบนี้กลับมาคืนครูประจำชั้น
 หลังได้รับการรักษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว

สิทธิการรักษา

- ให้ใช้สิทธิการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้
- ถ้ามารับบริการนอกเขตสิทธิ์
- ชำระค่าบริการของตนเอง
- เบิกได้ข้าราชการ
- บริการได้ตามสิทธิ์



ผลการตรวจทันตสุขภาพ

เรียนท่านผู้ปกครอง
 ชื่อ-สกุล... อ.ม. อภิวิชญ์ มังกรชัย
 โรงเรียน... สิวักขิณ ชั้น ป. ๕/๑
 โรงพยาบาล ได้ตรวจทันตสุขภาพเด็กในปกครองของท่านพบว่า
 () ฟันแท้ๆ ต้องอุด 2 ฟัน
 () ฟันแท้ๆ ต้องถอน ๑ ฟัน
 () ฟันน้ำนม ต้องถอน 2 ฟัน
 () เคลือบหลุมร่องฟัน ๑ ฟัน
 () มีหินปูน ต้องได้รับการขูด
 () ฟันดี (ไม่มีฟันแท้ๆ)
 วันที่ตรวจ ๖ กรกฎาคม
 ผู้ตรวจ



ท่านสามารถพบบุตรหลานของท่าน ไปรับบริการได้ที่
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ว.ร. ต.ทก.จ.ป.
 วันทำการ..... จ. - ศ. เวลา..... ๐๘.๐๐ น.
 และนำไปแจ้งผลการรักษาเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วมาส่งครู
 ประจำชั้น

แบบตรวจทันตสุขภาพ นักเรียนประถมศึกษา



ด้วยรัก ด้วยห่วงใย จึงใส่ใจ จึงอาทร
 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตะพานหิน
 กลุ่มงาน ทันตสาธารณสุข
 รพ.สต.
 โทร.....

ใบแจ้งผลการตรวจฟันผู้ปกครอง



3

การคืนกลับข้อมูล

ส่งหนังสือให้ทาง รพ.สต.เจ้าของเขต
(ที่ไม่มีทันตภิบาล) ลงข้อมูลบันทึกผล
การตรวจฟันใน dental แฟ้ม

4

การรับนักเรียนมา
รับบริการทันตกรรม
ที่ รพร.



กว่าจะรับมาทำได้ในแต่ละครั้ง !!!

- 1. นำผลการตรวจฟันมาเขียนนัดนักเรียนที่มีปัญหามารับบริการทันตกรรม
- 2. ส่งรายชื่อนักเรียนที่มีปัญหาให้กับคุณครูเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองมาทำฟันที่ รพร.
- 3. เขียนขอรถเพื่อไปรับนักเรียนที่โรงเรียนมาที่ รพร.

ทำเสร็จ
แต่งงานด้วย
ยังไม่เสร็จ

Free schedule

ต้องออก Authen code

- เลขบัตร ปชช. ของนักเรียน
- เลขบัตร ปชช. ของผู้ปกครอง
- เบอร์โทรผู้ปกครอง



ชื่อ-สกุล : ชนดาทิพย์ ตงฉวีศรี

อายุ ณ วันที่เข้ารับบริการ : 26 ปี 1 เดือน 29 วัน

สิ่งยึดหลัก : สิ่งยึดประกันสังคม

สิ่งยึดยอม : สิ่งยึดถือกฎของชุมชน (ผู้ประกันตน)

หน่วยบริการที่ให้บริการ : ทพ.ระพານัน (11456) จ.พิจิตร

เครื่องอ่านบัตร Smart card : ตรวจสถานะบัตร Smart card ตรวจสอบเครื่องอ่าน smart card

เลขประจำตัวประชาชนผู้ประกันตน :

* ผู้ประกันตน :

- ผู้ปกครอง
- ผู้ดูแล
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานข้อมูล (บุคลากรแพทย์)

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล/เจ้าหน้าที่ :

* ความสัมพันธ์ :

* เหตุผลการไม่พิสูจน์ตัวตนผ่านบัตรประจำตัวประชาชน :

* ประเภทการเข้ารับบริการ :

* บริการ :

บริการหลัก	กรุณาเลือก	เงื่อนไขบริการ
เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	<input checked="" type="radio"/>	เข้ารับบริการรักษา
Self Isolation	<input type="radio"/>	Self Isolation
UCEP PLUS (ผู้ช่วยดูแลอาการเบื้องต้นและสีแดง)	<input type="radio"/>	UCEP PLUS (ผู้ช่วยดูแลอาการสีเหลืองและสีแดง)
บริการฝากเลือดด้วยเครื่องอัตโนมัติ (HD)	<input type="radio"/>	บริการฝากเลือดด้วยเครื่องอัตโนมัติ (HD)

วันที่เข้ารับบริการ : 19/02/2567 เวลา : 10:56

HN CODE :

* หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ประกันตน/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล :

บันทึก ยกเลิก

ใส่เลขบัตร ปชช.ผู้ปกครอง

เลือกความสัมพันธ์

เข้ารับบริการเป็นเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี หรือ ยังไม่มีบัตรประชาชน

ใส่เบอร์โทร.ผู้ปกครอง

Authen Code





ขอบคุณค่ะ
๑