องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
เลขรับที่ 10383 เวลา ..... น.
วันที่ 10 ก.ค. 2567
○ สำนักปลัดฯ ○ กองพัสดุฯ
○ สำนักงานเลขานุการ ○ กองการศึกษาฯ
○ กองยุทธศาสตร์ฯ ○ กองการท่องเที่ยวฯ
○ กองคลัง ○ หน่วยตรวจสอบภายในฯ
○ สำนักช่าง ○ กองสาธารณสุข
○ กองสวัสดิการสังคม ○ หน่วยตรวจสอบฯ
○ อื่นๆ .....

ที่ ชบ ๐๐๓๓/ ๓๔๒๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ถนนวชิรปราการ ชบ ๒๐๐๐๐

๓ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจสภาวะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัยจังหวัดชลบุรี

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

ตามที่ กรมอนามัยโดยสำนักทันตสาธารณสุขได้ดำเนินกิจกรรมสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง ทันตสาธารณสุขในกลุ่มเด็กอายุ ๑๘ เดือน, กลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี, กลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปี, กลุ่มวัยทำงาน(คลินิกเบาหวาน), กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐-๗๕ ปี, แบบสำรวจศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ,แบบสำรวจโรงเรียน, แบบสำรวจชมรมผู้สูงอายุ เพื่อการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และปัจจัยสำคัญในทุกกลุ่มอายุตลอดช่วงชีวิต นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในสังกัดของท่านดำเนินกิจกรรมสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง ทันตสาธารณสุขในกลุ่มเด็กอายุ ๑๘ เดือน, กลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี, กลุ่มวัยทำงาน (คลินิกเบาหวาน), กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐-๗๕ ปี(ทุกกลุ่มดำเนินการสำรวจร้อยละ ๕๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ), กลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปี(ดำเนินการสำรวจเด็กชั้นประถมปีที่ ๖ ทุกคน), แบบสำรวจศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, แบบสำรวจโรงเรียน, แบบสำรวจชมรมผู้สูงอายุ และส่งข้อมูลผลการสำรวจมาที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ และนำเข้าข้อมูลในระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง ทันตสาธารณสุข https://surveillance.anamai.moph.go.th ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางจันทณา วังคะออม)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กองสาธารณสุข เลขที่รับ 3189
○ ฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข
○ ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค
○ ฝ่ายบริการแพทย์ฉุกเฉิน
✓ ฝ่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์
○ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- 8 ก.ค. 2567

ฝ่ายสนับสนุนฯ
1128
09 ก.ค. 2567
เวลา 13.24

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทร.๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๙๐
โทรสาร ๐ ๓๘๒๗ ๔๙๓๒

# แบบบันทึกข้อมูลสภาวะช่องปากและพฤติกรรมเด็ก ๑๘ เดือน ปี ๒๕๖๗

ชื่อสถานบริการ..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อผู้สำรวจ..... วันเดือนปีที่สำรวจ.....

| ลำดับ | ID | ชื่อ | นามสกุล | เพศ | อายุ (เดือน) | เฝ้าระวังพฤติกรรม | | | | | | | เฝ้าระวังโรค/ก่อนเกิดโรค | | | เคยได้รับบริการ ๙-๑๒ เดือน | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | บริโภคนมหวาน | บริโภคเครื่องดื่มรสหวาน | ใช้ขวดนม | กินขนมกรุบกรอบ | แปรงฟันโดยผปค ทุกวัน | | ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ | มี Plaque | มี White Spot | ฟันผุ (ระบุซี่) | ตรวจช่องปาก | ได้รับคำแนะนำ | ได้รับฟลูออไรด์วานิช | ได้รับการรักษา | ผปค. ได้รับการฝึกแปรงฟัน |
| | | | | | | | | | | ก่อนนอน | แปรงฟัน | | | | | | | | | |
| | | | | ช=๑ ญ=๒ | จำนวนเต็ม | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนครั้ง/วัน | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนครั้ง/วัน | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนซี่ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

แบบการสำรวจพฤติกรรมและสภาวะช่องปากเด็กอายุ ๓ ปี- ๓ ปี ๑๑เดือน ๒๙วัน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือนักเรียนชั้นอนุบาล ปี ๒๕๖๗

ชื่อโรงเรียน/ศพด.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้สำรวจ..... วันเดือนปีที่สำรวจ.....

- ศูนย์เด็กเล็กมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด ☐ มี ☐ ไม่มี - ศูนย์เด็กเล็กจัดอาหารว่างเป็นขนมกรุบกรอบให้กับเด็ก ☐ มี
- ศูนย์เด็กเล็กมีการจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก ๓-๕ วัน/สัปดาห์ ☐ มี ☐ ไม่มี - ศูนย์เด็กเล็กมีการจัดนมรสชาติใดให้กับเด็ก ☐ จืด ☐ รสหวาน/รสเปรี้ยว
(โดยดูรายการอาหารประจำวันของศูนย์เด็กเล็ก)
- ศูนย์เด็กเล็กมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปาก ☐ ไม่มี ☐ มี โดย ☐ครู/ผู้ดูแลเด็ก ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

| ข้อมูลพื้นฐานบุคคล | | | | | | พฤติกรรมที่พบในวันสำรวจ | | | | สภาพช่องปาก | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | ID | ชื่อ | นามสกุล | เพศ | อายุ (ปี/เดือน) | นำนมหวาน/นมเปรี้ยวมา | นำขวดนมมา | นำขนมกรุบกรอบมา | แปรงฟันตอนเช้า | Plaque ซี่ใดซี่หนึ่งใน๔ซี่หน้า | White Spot ซี่ใดซี่หนึ่ง | จน.ฟันน้ำนมทั้งหมด | ผุไม่ได้อุด (D) | ผุไม่ได้อุด (R) | อุด (F) | ถอน/หลุด (M) | ที่ต้องอุด | ที่ต้องถอน | ที่ต้องทา/เคลือบ F |
| | | | | ช=๑ ญ=๒ | จำนวนปี/เดือน | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | มี=๑ ไม่มี=๐ | มี=๑ ไม่มี=๐ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | ต้อง=๑ ไม่ต้อง=๐ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ : D=CLINICAL EXAMINATION (ผุทั่วไปและผุเห็นเป็นรู) , R=RAPID SURVEY (ผุเห็นเป็นรู)

แบบการสำรวจสภาวะช่องปากและพฤติกรรมในเด็กประถมศึกษาปีที่๖ ปี ๒๕๖๗ (อายุ๑๑ปี-๑๑ปี๑๑เดือน๒๙วัน และ อายุ๑๒ปี-๑๒ปี๑๑เดือน๒๙วัน)

โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้สำรวจ.....วันที่สำรวจ.....

| ข้อมูลพื้นฐานบุคคล | | | | | | สภาพช่องปาก | | | | | | | | | | การบริโภคขนม/เครื่องดื่ม/ลูกอม | | | | | | | แปรงฟันแบบ ๒๒๒ | | | การรับ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | ID | ชื่อ | นามสกุล | เพศ | อายุ (ปี/เดือน) | จำนวนฟันแท้ | | | | | | | | สภาวะ | สภาวะ | กิน | น้ำ | ดื่มน้ำ | น้ำ | ดื่มน้ำ | กินขนม | ลูกอม | ๒ | ๒ | ไม่กิน | บริการ |
| | | | | | | ฟันแท้ทั้งหมด | ผุ ไม่ได้อุด (D) | ผุ ไม่ได้อุด (R) | อุด (F) | ถอน (M) | ที่ต้องอุด | ที่ต้องถอน | ที่ต้องทา/เคลือบ F | ฟันตกกระ | เหงือกอักเสบ | ระหว่างมื้อ | หวาน ๔-๗วัน/สัปดาห์ | หวาน | อัดลม ๔-๗วัน/สัปดาห์ | อัดลม | กรุบกรอบ | หมากฝรั่ง เยลลี่ | ครั้ง/วัน | นาที/ครั้ง | อาหารหลังแปรง ๒ชม. | ในรอบ ๑ ปี |
| | | | | | | ระบุ degree | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ช=๑ ญ=๒ | จำนวนปี/เดือน | จำนวน (ซี่) | จำนวน (ซี่) | จำนวน (ซี่) | จำนวน (ซี่) | จำนวน (ซี่) | จำนวน (ซี่) | จำนวน (ซี่) | ต้อง=๑ ไม่ต้อง=๒ | ๐-๔ | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนครั้ง/วัน | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนครั้ง/วัน | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนครั้ง/วัน | จำนวนครั้ง/วัน | จำนวนเม็ด/วัน | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ : D=CLINICAL EXAMINATION (ผุทั่วไปและผุเห็นเป็นรู) , R=RAPID SURVEY (ผุเห็นเป็นรู)

**ระดับความรุนแรงของฟันตกกระ**.....**ปกติ(๐)** = ลักษณะเคลือบฟันโปร่งแสง ผิวฟันเรียบมัน มีสีขาวครีม / **สงสัย(๐.๕)**= พบมีการเปลี่ยนแปลงความโปร่งแสงในเคลือบฟันเล็กน้อย มีจุดสีขาวเล็กๆ

**น้อยมาก(๑)**=พบจุดสีขาวเล็กๆกระจายอยู่ทั่วฟัน แต่ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของผิวฟันทั้งหมด หรืออาจพบเส้นสีขาวขนาด ๑-๒ มิลลิเมตร ที่ปลายยอดฟันกรามน้อย หรือฟันกรามใหญ่

**น้อย(๒)**=พบลักษณะฟันสีขาวขุ่นในเคลือบฟัน กระจายทั่วไปแต่ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ของผิวฟันทั้งหมด/ **ปานกลาง(๓)**= พบความผิดปกติของผิวฟันทั้งหมด มีการสึกของผิวฟัน พบการติดสีน้ำตาลบนผิวฟัน

**รุนแรง(๔)**=พบความผิดปกติทั่วทั้งผิวฟัน ผิวฟันมีลักษณะขรุขระชัดเจน มีการติดสีน้ำตาลเป็นบริเวณกว้าง

# แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมและสภาวะช่องปาก ในกลุ่มวัยทำงาน (คลินิกโรคเบาหวาน) ปี ๒๕๖๗

หมู่บ้าน/ชมรม.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ข้อมูลพื้นฐานบุคคล | | | | | | ปัจจัยเสี่ยง | | | | การดูแล | | ฟันแท้ | | | | | | | | การรับบริการ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | ID | ชื่อ | นามสกุล | เพศ | อายุ | ใช้ยารักษาโรคประจำตัวทางระบบ | โรคอื่นๆ | เบาหวาน | สูบบุหรี่ | แปรงฟัน ๒X๒X๒ | ใช้ไหม | ฟันแท้ทั้งหมด | ผุ (D) | อุด (F) | ถอน (M) | รอยโรคมะเร็ง | ปริทันต์ | มีหินน้ำลาย | ฟันหลังคู่สบ | ใน ๑ ปี ได้รับบริการป้องกัน/รักษา |
| | | | | ช=๑ ญ=๒ | จำนวนปีเต็ม | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจ=๐ คุมได้=๑ คุมไม่ได้=๒ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ฟันแท้/แท้,เทียม/เทียม,ฟันแท้/เทียม สบ ๐-๓ คู่=๐ ตั้งแต่ ๔ คู่ขึ้นไป (แท้หมด)=๑ ตั้งแต่ ๔ คู่ขึ้นไป (แท้กับเทียม)=๒ ตั้งแต่ ๔ คู่ขึ้นไป (เทียมกับเทียม)=๓ | ใช่=๑ ไม่=๐ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมและสภาวะช่องปาก ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป ปี ๒๕๖๗

คลินิก/ชมรม.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ข้อมูลพื้นฐานบุคคล | | | | | | ปัจจัยเสี่ยง | | | | การดูแล | | ฟันแท้ | | | | | | | | กลุ่มเสี่ยง |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | ID | ชื่อ | นามสกุล | เพศ | อายุ | ใช้ยา รักษาโรคทางระบบ | เบาหวาน | เคี้ยวหมาก | สูบบุหรี่ | แปรงฟันแท้ก่อนนอน | ดูแลซอกฟัน | ฟันแท้ทั้งหมด | ผุไม่ได้อุด (D) | อุด (F) | ถอน (M) | ต้องอุด | ต้องถอน | ฟันหลังคู่สบ | ใส่ฟันเทียมถอดได้ | ได้รับบริการทางทันตกรรม |
| | | | | ช=๑ ญ=๒ | จำนวนปีเต็ม | ใช่=๑ ไม่=๐ | ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจ=๐ คุมได้=๑ คุมไม่ได้=๒ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | ใช่=๑ ไม่=๐ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | จำนวนซี่ | ฟันแท้/แท้,เทียม/เทียม,ฟันแท้/เทียม สบ ๐-๓ คู่=๐ ตั้งแต่ ๔ คู่ขึ้นไป (แท้หมด)=๑ ตั้งแต่ ๔ คู่ขึ้นไป (แท้กับเทียม)=๒ ตั้งแต่ ๔ คู่ขึ้นไป (เทียมกับเทียม)=๓ | ไม่ใส่=๐ <๑๖ซี่=๑ >๑๖ซี่=๒ ทั้งปาก=๓ | แนะนำ/รักษา/ส่งต่อ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

แบบที่4

## แบบสำรวจกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน

**คำชี้แจง** แบบสำรวจฉบับนี้ให้เก็บเฉพาะโรงเรียนที่เป็นจุดสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและปรับปรุงรายงานผลการดำเนินงานซึ่งใช้ในระบบปกติ

โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

จำนวนนักเรียน.....คน ปีการศึกษา.....

โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมต่อไปนี้ หรือไม่ (ทำเครื่องหมาย √ หน้ารายการ)

1. มีการตรวจสุขภาพช่องปาก ☐ ไม่มี ☐ มี ➡ ตรวจโดยใคร และตรวจกี่ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา

ครู ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ➡ ➡ ตรวจกี่ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา ปีละ.....ครั้ง

จนท. ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ➡ ➡ ตรวจกี่ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา ปีละ.....ครั้ง

2. มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบ (ที่มีการควบคุมดำเนินกิจกรรม)

☐ ดำเนินการทุกชั้นปี ☐ ดำเนินการบางชั้น / บางคน ☐ ไม่ได้ดำเนินการ

3. มีกิจกรรมตรวจประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟันของนักเรียนหลังการแปรงฟัน โดยครูหรือตัวแทนนักเรียนหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีดำเนินการทุกชั้น/ทุกคน ☐ มีดำเนินการทุกชั้น / บางคน ☐ มีดำเนินการบางชั้น/บางค

4. ความถี่ในการตรวจประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟัน (ข้อ 3)

☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ปีละครั้ง ☐ เทอมละครั้ง

☐ เดือนละครั้ง ☐ อาทิตย์ละครั้ง ☐ ทุกวัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. นักเรียนมีอุปกรณ์ แปรงฟันเป็นของตนเองทุกคนและมีการจัดเก็บถูกสุขลักษณะ

☐ ไม่มี ☐ มีทุกคนจัดเก็บถูกสุขลักษณะ ☐ มีทุกคน/จัดเก็บไม่ถูกสุขลักษณะ

6. โรงเรียนมีการขายขนมและอาหารว่างอะไรบ้าง (เลือกขนม/อาหารว่างได้มากกว่า ๑ รายการ ทำเครื่องหมาย √ หน้ารา

☐ ลูกอม ทอฟฟี่ ☐ นมเปรี้ยว

☐ ขนมถุงกรุบกรอบ/ขนมเหนียวติดฟัน ☐ นมปรุงแต่งรส

☐ น้ำอัดลม ☐ ไอศกรีม

☐ น้ำหวาน/น้ำผลไม้ที่มีน้ำตาล ☐ ไม่มีอาหารว่างทั้ง 8 อย่าง

7. รอบรั้วโรงเรียนมีการจำหน่ายขนม เครื่องดื่ม หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

8. โรงเรียนมีการจัดน้ำดื่มสะอาดให้กับนักเรียนหรือไม่

☐ ไม่มี/มีแต่ไม่สะอาด ☐ มี ➡ มีการจัดน้ำดื่มสะอาดอย่างไร

○ น้ำไม่เย็น ○ น้ำเย็น ○ มีน้ำดื่มบรรจุขวดขาย

9. โรงเรียนมีการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากตามหลักสูตร กระทรวงศึกษาธิการ

☐ ไม่มี ☐ ปรากฏในแผนการสอนปกติ

☐ มีกระบวนการสอนแบบ active learning เช่น จัดทำโครงการ การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ผ่านการเล่นเกมส์ผ่านละค

10. ปีการศึกษานี้มีหมอมาให้บริการที่โรงเรียนหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี เพราะ.....

11. โรงเรียนมีการติดต่อสถานบริการเพื่อส่งเด็กไปทำฟันในกรณีที่เด็กต้องได้รับการรักษาหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี เพราะ.....