附件4

常州市儿童口腔疾病

干预项目（窝沟封闭）筛查登记表

 　　　市/区 　　乡镇/街道 　　学校 　　　年级 　班

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 需做窝沟封闭牙位 |
| 16 | 26 | 36 | 46 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 13 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 14 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 15 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 16 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 17 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 18 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 19 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 20 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |