



## DENTAL EXAMINATION REPORT FOR PTTEP OFFSHORE FITNESS VERIFICATION

วันที่ (Date) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า (I) \_\_\_\_\_ ทันตแพทย์ประจำคลินิก/โรงพยาบาล (Dentist at the clinic/hospital) \_\_\_\_\_ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม (Dentistry License no.) \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่า นาย, นาง, นางสาว (certified that Mr., Mrs., Ms.) \_\_\_\_\_ อายุ (age) \_\_\_\_\_

ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพในช่องปาก (received dental examination on) เมื่อวันที่ (date) \_\_\_\_\_ เดือน (month) \_\_\_\_\_ พ.ศ. (year) \_\_\_\_\_

โดยผลการตรวจทางทันตกรรมมีดังนี้ (Dental examination results are as follows;)

- พบปัญหาโรคเหงือกอักเสบรุนแรง/โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง (Diagnosed with severe periodontitis)  yes  no
- พบฟันผุลึก/ ฟันผุถึงโพรงประสาทฟัน (Diagnosed with deep dental caries/ caries with tooth pulp exposed)  yes  no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
- พบรากฟันค้างในเหงือก (Retained root pulp was observed)  yes  no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
- พบวัสดุอุดฟันแตกหัก (Broken fillings were observed)  yes  no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
- พบฟันโยก/ฟันคลอน (loose teeth were observed)  yes  no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
- พบฝีปริทันต์ (Acute periodontal abscess was observed)  yes  no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
- พบปัญหาทางทันตกรรมเร่งด่วนอื่น ๆ หรือต้องการรักษากายใน 2-3 เดือน (Any other urgent dental problems that require complete treatments within a couple of months)  yes  no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_

### โดยทันตแพทย์มีความเห็นโดยสรุปว่า Conclusion of Dental Examination:

( ) สุขภาพช่องปากและฟันดี (Normal dental examination and hygiene)

( ) มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก ไม่เร่งด่วน คือ \_\_\_\_\_ ควรรักษาให้เสร็จภายใน \_\_\_\_\_ เดือน

(Diagnosed with non-urgent dental problems which is/are \_\_\_\_\_)

Recommend to receive dental treatment within \_\_\_\_\_ months)

( ) มีปัญหาสุขภาพในช่องปากเร่งด่วนตามข้อ 1-7 ข้างต้น ควรรักษาให้เสร็จสิ้นก่อนการไปปฏิบัติงานที่สถานปฏิบัติการนอก

ชายฝั่ง (Diagnosed with urgent dental problems as listed no.1-7 above and strongly recommend to receive dental treatments prior starting offshore work)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_

ทันตแพทย์ผู้ตรวจ ( Dentist)