

# PERIODONTAL MAINTENANCE RECORD

NAME _____		X bleeding or exudate site      Mobility: 1, 2, 3														Full Charting dt.			
SSAN _____		Furcation V=incipient V=cui-de-sac V= thru & thru														NOTES:			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
F MOBIL L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	NOTES:	
rec F L		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
T F S		Y	Y	Y	Therapist _____ Date _____											Y	Y		Y
D M L		—	—	—	Xrays: FM <input type="checkbox"/> BW <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> micro ck <input type="checkbox"/>											—	—		—
L F		—	—	—	Fremitus: C R L P Dr ck <input type="checkbox"/>											—	—		—
rec L F		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
mobil F		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
F MOBIL L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		NOTES:
rec F L		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
T F S		Y	Y	Y	Therapist _____ Date _____											Y	Y	Y	
D M L		—	—	—	Xrays: FM <input type="checkbox"/> BW <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> micro ck <input type="checkbox"/>											—	—	—	
L F		—	—	—	Fremitus: C R L P Dr ck <input type="checkbox"/>											—	—	—	
rec L F		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
mobil F		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
F MOBIL L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	NOTES:	
rec F L		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
T F S		Y	Y	Y	Therapist _____ Date _____											Y	Y		Y
D M L		—	—	—	Xrays: FM <input type="checkbox"/> BW <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> micro ck <input type="checkbox"/>											—	—		—
L F		—	—	—	Fremitus: C R L P Dr ck <input type="checkbox"/>											—	—		—
rec L F		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
mobil F		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
F MOBIL L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		NOTES:
rec F L		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
T F S		Y	Y	Y	Therapist _____ Date _____											Y	Y	Y	
D M L		—	—	—	Xrays: FM <input type="checkbox"/> BW <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> micro ck <input type="checkbox"/>											—	—	—	
L F		—	—	—	Fremitus: C R L P Dr ck <input type="checkbox"/>											—	—	—	
rec L F		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
L		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
mobil F		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		