

Name: _____

Date: _____

Dentist

B H U X M A M P H T F M X F D P R U D F O O W D
Q J N E L L O W S D H H O E R R A I U L L X Q T
Y S R C I G P P Y Y Q M C U Q L D I O X L M Q T
X Y Z A M V H C P E F A Y C Q B Q A N K B L C Y
X Y E V E M A Z P I Y Y G P L A Q U E B H Y I D
J N O I T C A R T X E A J G C D P X H O C H M W
W N P T G W D T Q P A P W U J K E F N D M P E I
T F E Y K M H R H S P V Q E S I Y C Y T T M Q S
N U N T C R P S T N F T S I T N E D E O W M P D
E V Q H G R C B E G A H G E W I R K N O T D L O
M L D Q N V M H E K Q Z Q G W O V G S T J F Y M
T L X E O C Z Q T S G G M N C C U H X H J P T T
N B J B V H W H Q A S R U H U E U E Z U P W S O
I Y M U A E T X Y Y N O I M C G N I L L I F P O
O T R I C W A N J G R H L N S L E O I V V M U T
P K Q D A P V C H O I E B F D C B L R U M Q O H
P E J W I T O J O S N E G N I N A E L C R M T B
A Z M B N Z V T R M S D N U G G G W M B G N M X
Z U A B E R C L E I O I J I V O Q A R O Y L Y R
G A H V U A V K I H N U T N S E S Y Z E L U G A
Q G U O N H U M N T I S T Y C T U J X C X A K Y
Y B V A B M X A A U M Y E H T F J Y X X H F R F
Q T L A F F R P H J T W K F P W H T K T I V L F
H Q X X Z C J Z A P Q L B T O O T H B R U S H I

WISDOM TOOTH
TOOTHBRUSH
FILLING
TONGUE
MOLAR
TOOTH
CHEW

APPOINTMENT
NOVACAINE
SWOLLEN
CAVITY
DECAY
TEETH
PAIN

ROOT CANAL
HYGIENIST
DENTIST
RINSE
GAUZE
FLOSS
GUMS

EXTRACTION
CLEANING
PLAQUE
GRIND
MOUTH
XRAY