

牙醫師至幼兒園塗氟防齲計畫【家長同意書】

101.11.14 第11屆第6次牙醫門診醫療服務審查執行會國健局專案小組會議修訂通過

親愛的家長，您好：

齲齒為兒童常見的主要健康問題，學齡前兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育，以及兒童日後人格與心理之發展。故實施「幼童塗氟防齲工作計畫」，希望能讓幼童獲得早期預防以降低齲齒率。

「氟」就像是牙齒的維他命，正常適量的使用下，不會對人體有任何的傷害，但是特殊體質(如過敏等)不適用氟漆。

本活動參加的對象是幼兒園未滿5歲幼童，經家長同意後，每半年實施1次塗氟，在潔牙後由牙醫師將氟均勻塗於學童每一牙面上，塗完後30分鐘內，不可以吃東西，以使氟黏附於牙面上，才能發揮防齲作用。

本計畫的進行對於兒童口腔的保健非常重要，需要幼兒園與家長們共同來努力，有意願參加者(採自願報名不強迫參加)，需帶健保卡，不需繳交任何費用，我們期望您能讓貴子弟參與這項有意義的口腔保健計畫，除了適當的使用氟化物來預防蛀牙外，應養成飯後、睡前刷牙的良好口腔衛生習慣、減少甜食的攝取，並定時接受牙醫師的診治，才是真正預防保健之道。

園長(園主任)_____敬上 中華民國 年 月 日

請您填寫下列回條，並於____年____月____日前交還給老師，謝謝您的合作！

◎ 學校名稱：_____ 幼兒園_____班

◎ 學生姓名：_____ ◎ 性別： 男 女

◎ 出生年月日：_____年_____月_____日

◎請勾選：

一、 我同意我的小孩，參與「牙醫師至幼兒園塗氟防齲計畫」，於__月__日帶健保 IC 卡到幼兒園

二、 我不同意我的小孩，參與「牙醫師至幼兒園塗氟防齲計畫」。

1. 由家長自行前往牙醫門診塗氟。

2. 我的小孩已於____年____月____日接受過塗氟服務，預計於6個月後(____年____月____日)，將自行前往牙醫門診塗氟。

3. 因為孩子有特殊體質或其他原因：_____。

*我了解當日若我的小孩經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟，或健保 IC 卡經刷卡後發現已於半年內執行過塗氟或超過60月齡，則無法提供本項服務。

家長簽章：_____ 年 月 日

預防蛀牙的方法

包括適量使用氟化物、定期口腔檢查、正確的潔牙(餐後潔牙、6歲以下兒童睡前應由父母協助完成刷牙)、良好飲食習慣(不要吃黏甜易蛀牙之零食、用餐時間不宜過久)。
牙齒的維他命~氟化物

氟化物可使牙齒表面更堅固降低齲齒的發生。例如：飲水加氟、含氟牙膏、含氟漱口水及局部塗氟，都可在琺瑯質上形成防護膜，達到有效預防齲齒。

定期口腔檢查

成人通常是每半年檢查一次，嬰兒大約六個月至一歲期間乳牙開始萌出，即帶給牙科醫師檢查。家長應每三~六個月帶幼兒至牙科接受定期口腔檢查。如果有齒質不佳或排列不整齊時，應該三個月看診一次。除了因為早期治療花費時間短，效果好，可減少因拖延引起的疼痛，還可以獲得預防性口腔保健服務，例如：教導預防奶瓶性蛀牙，教導正確的刷牙方法、阻斷吸吮奶嘴或咬指甲等不良口腔習慣、局部塗氟、齒溝封填等項目。

良好的飲食習慣

進食後牙齒表面殘留的食物殘渣，使得口中細菌繁殖，在牙齒表面形成牙菌斑，若不仔細清除它，牙齒的琺瑯質便會受到侵蝕造成蛀牙。

除了含糖食物之外，精緻黏稠的食物亦容易造成齲齒，因為這些食物容易黏在牙齒上、不易清潔，富含纖維的食物有益於牙齒健康，比方說蘋果、蔬菜等蔬果就是對牙齒健康有助益的食物。

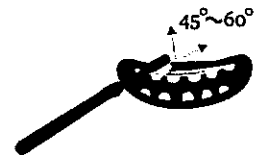
正確的潔牙

我們吃完東西後，很多食物殘渣留在口中，提供細菌生長最好的養分，所以餐後是很好的潔牙時機。睡覺時口水分泌減少、吞嚥動作減少，口腔內的細菌生長較快，所以睡前把口腔清潔乾淨可以減少牙菌斑的滋長而減少蛀牙。

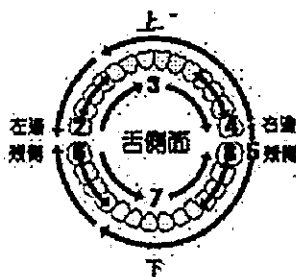
一歲半至三歲時，每餐後由父母負責潔牙。為減少蛀牙，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺的習慣。二到三歲的孩子就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前的孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己的牙齒的，因此父母一定要再幫他們刷一次。

正確的刷牙方法

沾上適量的含氟牙膏可預防齲齒，刷毛與牙齒成45度至60度角，而且輕輕地壓向牙齒，使刷毛的側面也能夠接觸到牙齒。



*刷牙順序 (1)右邊開始右邊結束 (2)外面刷完刷裡面 (3)上面刷完刷下面



口水哽在喉頭。

年紀較小的幼兒：家長可坐在沙發或床上，幼兒把頭枕於大人腿上。

年紀較大的幼兒：大人坐在幼兒身後，將幼兒的背靠於大人身上(大腿或小腹)，讓幼兒的頭輕微向後仰，大人就可以看到幼兒口腔的每個區域。無論何種姿勢，大人皆需一手托住幼兒下巴，再以另一手幫幼兒刷牙。將幼兒頭部偏45度角，以防



60 月齡以下兒童塗氟回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在_____園所為貴子弟_____完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

60 月齡以下兒童塗氟回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在_____園所為貴子弟_____完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

60 月齡以下兒童塗氟回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在_____園所為貴子弟_____完成塗氟防齲處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氟漆種類如下：

1. Duraphat Dental Suspension--- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate
2. Standard-Fluor Dental Gel----- (2.4% Fluoride) Denmate
3. Profluorid Varnish----- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco
4. 其他_____

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第一聯：由學生家長留存

第二聯：由幼兒園留存

第三聯：由醫師帶回診所留存(抽審時隨病歷送審)

弱勢兒童白齒窩溝封劑服務擴大補助方案

壹、計畫依據

依據口腔健康法第八條第一項第二款規定，直轄市、縣（市）主管機關應加強推展之兒童口腔保健措施之規定；本署口腔醫學委員會於98年3月10日第3屆第5次會議討論兒童白齒窩溝封劑服務案，並獲決議通過規劃執行「弱勢兒童白齒窩溝封劑服務補助方案」。

貳、背景說明

齲齒是台灣地區兒童口腔中最常見且嚴重的疾病，依據95年調查顯示，12歲兒童恆牙齲蝕指數（DMFT index）為2.58顆，距離WHO 2010年時12歲兒童齲蝕指數小於2顆之口腔保健目標，仍有努力空間。許多研究指出齲齒的問題與社會經濟地位及醫療服務可近性相關。因此，擬針對經濟及醫療服務不平等的弱勢兒童採取特別的口腔保健措施。

目前，國小學童雖已實施含氟漱口水計畫，但氟化物對牙齒咬合面的溝隙蛀牙預防效果並不明顯，而運用窩溝封劑可降低48%的齲齒率，因此，世界各國口腔保健政策包括美國、日本、加拿大、韓國、新加坡、香港、紐、澳、英國及北歐各國皆極力提倡窩溝封劑，其中，美國健康21於2010年時，6-8歲兒童至少50%以上能使用窩溝封劑。

國民健康局為縮小弱勢兒童口腔健康不平等狀況，辦理弱勢兒童白齒窩溝封劑服務，並委託中央健康保險局（以下簡稱健保局）辦理。

參、計畫目標

- 一、降低弱勢兒童的齲齒率。
- 二、減少弱勢兒童後續牙醫就醫負擔。

肆、計畫期程

自 101 年 1 月 1 日起辦理

伍、計畫內容

一、提供弱勢兒童白齒窩溝封劑服務，其補助對象、金額及提供服務點：

(一) 補助對象、金額及提供服務點：

代碼	就醫序號	補助對象	補助金額	備註
83	IC83	山地原住民族地區、離島地區： 1. 國小一、二年級學童。 2. 健保局特約牙科醫療院所之牙醫師至山地原住民族地區及離島國小提供服務。 3. 山地原住民族地區、離島學童需攜帶健保卡到學校接受服務，並由學校人員及施作醫師共同填寫山地原住民族地區、離島兒童白齒窩溝封劑 (sealant) 執行表 (附表一)，施作後由學校及施作醫師各留存乙份。	470 元/1 顆	服務項目： 第一大恆白齒窩溝封劑 案件分類： A3 (預防保健)
83	IC83	身心障礙學童： 國小一、二年級身心障礙學童持學校發給之「身心障礙學童白齒窩溝封劑施作通知單」(附表二)及健保卡至健保局特約之牙科醫療院所接受服務，施作後由學校及施作醫師各留存乙份。	470 元/1 顆	服務項目： 第一大恆白齒窩溝封劑 案件分類： A3 (預防保健)
82	IC82	非山地原住民族地區、非離島地區： 1. 國小中低收入及低收入戶一、二年級學童。 2. 學童持學校發給之「非山地原住民族地	400 元/1 顆	服務項目： 第一大恆白齒窩溝封劑 案件分類：

		區、非離島地區學童白齒窩溝封劑施作通知單」(附表三)及健保卡至健保局特約之牙科醫療院所接受服務，施作後由學校及施作醫師各留存乙份。	A3 (預防保健)
--	--	---	-----------

備註：

- 1、每位學童每顆恆牙之第一大白齒補助一次為限，不得向學童額外收封劑服務之差額；本項服務補助費用不包括掛號費。
- 2、醫令代碼 82 及 83 之牙位限報 16、26、36、46。
- 3、醫令代碼 82 及 83 其同一醫令、同一牙位(分別為 16、26、36、46)，每人一生(999 年)限申報一次。
- 4、山地原住民族地區係參照行政院原住民族委員會所定下列 30 個鄉(區)：新北市烏來區、桃園縣復興鄉、新竹縣尖石鄉、五峰鄉、苗栗縣泰安鄉、台中市和平區、南投縣信義鄉、仁愛、嘉義縣阿里山鄉、高雄市桃源區、三民區、茂林區、屏東縣三地門鄉、瑪家鄉、霧台鄉、牡丹鄉、來義鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、台東縣達仁鄉、金峰鄉、延平鄉、海端鄉、蘭嶼鄉、花蓮縣卓溪鄉、秀林鄉、萬榮鄉、宜蘭縣大同鄉、南澳鄉。
- 5、離島：金門縣、連江縣馬祖、台東縣綠島、台東縣蘭嶼、台東縣小琉球、澎湖縣。
- 6、18 歲以下兒童及青少年不管健保卡是否被鎖卡，只要有健保卡都可用健保身分就醫；因從未辦理加保而無健保卡者，請學校輔導其辦理加保，如有追溯保費無力繳納而須協助之經濟困難者，請學校轉介到中央健康保險局各分區業務組受理協助辦理加保事宜。

二、參與院所資格：

健保局特約牙科醫療服務機構，應有登記執業之牙科醫師資格條件，方能辦理弱勢兒童窩溝封劑服務。

三、施作牙齒部位：第 1 大白齒(牙位分別為 16、26、36、46)。

陸、費用申報及相關規範

- 一、特約牙科醫療服務機構應自弱勢兒童窩溝封劑服務之日起2年內，向健保局申報費用，惟全民健康保險法修正條文施行生效後，依該法第62條規定，應於6個月內向該局申報費用，逾期不予核付費用。
- 二、國民健康局對於辦理弱勢兒童白齒窩溝封劑服務之牙科醫療服務機構得實施不定期之查核與輔導。
- 三、特約牙科醫療服務機構辦理弱勢兒童白齒窩溝封劑服務，經查有費用申報不實、健保卡與本人不符、費用申報與病歷記載或服務提供不符、施作通知單（或山地原住民族地區、非離島地區執行表）之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，健康局應追繳費用，並得終止辦理弱勢白齒兒童窩溝封劑服務資格。

山地原住民族地區、離島地區學童白齒窩溝封劑 (sealant) 執行表

學校名稱： _____ 小學 院所名稱及代號： _____

編號	學童姓名	生日 (年/月/日)	性別	牙齒狀況與處置方式 (請見「填寫之代碼與說明」)						服務醫師 簽名	施作日期 (年/月/日)		
				16		26		36				46	
				狀況	處置	狀況	處置	狀況	處置			狀況	處置
範例	陳 X 國	92/12/01	男	1	N	2	S	5	S	7	N		98/12/20

(一) 填寫之代碼與說明：學生基本資料請學校填寫，餘由施作醫師填寫。

(1) 牙齒狀況代碼	(2) 處置代碼
尚未萌出	S：施作 sealant。 N：未施作 sealant。
部分萌出	
完全萌出	
缺牙或已拔除 X (missing)	

(二) 施作窩溝封劑之 Indications：國小一、二年級學生之恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。

(三) 施作設備(請✓選)：牙科治療椅 攜帶型牙科治療器具

(四) 學校人員： _____ 簽名 聯絡電話： _____ 學校印章

附表二

身心障礙學童白齒窩溝封劑施作通知單

<p>國小學童白齒窩溝封劑計畫 施作通知單 (施作當次請蓋章註記)</p> <p>_____ 國小</p> <p>姓名: _____ 性別: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</p> <p>出生: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>學校電話: _____</p> <p>施作單位: _____</p> <p>施作醫師: _____</p> <p>註: 學生基本資料請學校填寫</p> <p>教育部 國民健康局 祝您健康 第一聯: 請牙科醫療院所妥善保存</p>	16	26		
	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼
	46	36		
	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼

填寫之代碼說明與 Indications:	
(1)牙齒狀況代碼	(2)處置代碼
尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出, 完好。 2 咬合面已露出, 完好。 3 已蛀蝕(decayed)。 4 已填補(filled)。 完全萌出 { 5 完好。 6 已蛀蝕(decayed)。 7 已填補(filled)。 缺牙或已拔除 X (missing)。	S: 施作 sealant N: 未施作 sealant (3)施作窩溝封劑之 Indications 學生之恆牙第一大白齒, 其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者

<p>國小學童白齒窩溝封劑計畫 施作通知單 (施作當次請蓋章註記)</p> <p>_____ 國小</p> <p>姓名: _____ 性別: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</p> <p>出生: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>學校電話: _____</p> <p>施作單位: _____</p> <p>施作醫師: _____</p> <p>註: 學生基本資料請學校填寫</p> <p>教育部 國民健康局 祝您健康 第二聯: 請學童交回學校健康中心妥善保存</p>	16	26		
	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼
	46	36		
	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼

填寫之代碼說明與 Indications:	
(1)牙齒狀況代碼	(2)處置代碼
尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出, 完好。 2 咬合面已露出, 完好。 3 已蛀蝕(decayed)。 4 已填補(filled)。 完全萌出 { 5 完好。 6 已蛀蝕(decayed)。 7 已填補(filled)。 缺牙或已拔除 X (missing)。	S: 施作 sealant N: 未施作 sealant (3)施作窩溝封劑之 Indications 學生之恆牙第一大白齒, 其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者

國小學童白齒窩溝封劑計畫

施作通知單 (施作當次請蓋章註記)

_____國小

姓名：_____ 性別：男 女

出生：_____年_____月_____日

學校電話：_____

施作單位：_____

施作醫師：_____

註：學生基本資料請學校填寫

教育部 國民健康局 祝您健康

第一聯：請牙科醫療院所妥善保存

16		26	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼
46		36	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼

填寫之代碼說明與 Indications：

(1)牙齒狀況代碼

- 尚未萌出 0
- 部分萌出 {
 - 1 咬合面未露出，完好。
 - 2 咬合面已露出，完好。
 - 3 已蛀蝕(decayed)。
 - 4 已填補(filled)。
- 完全萌出 {
 - 5 完好。
 - 6 已蛀蝕(decayed)。
 - 7 已填補(filled)。
- 缺牙或已拔除 X (missing)。

(2)處置代碼

- S：施作 sealant
- N：未施作 sealant
- (3)施作窩溝封劑之 Indications
- 學生之恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者

國小學童白齒窩溝封劑計畫

施作通知單 (施作當次請蓋章註記)

_____國小

姓名：_____ 性別：男 女

出生：_____年_____月_____日

學校電話：_____

施作單位：_____

施作醫師：_____

註：學生基本資料請學校填寫

教育部 國民健康局 祝您健康

第二聯：請學童交回學校健康中心妥善保存

16		26	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼
46		36	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼

填寫之代碼說明與 Indications：

(1)牙齒狀況代碼

- 尚未萌出 0
- 部分萌出 {
 - 1 咬合面未露出，完好。
 - 2 咬合面已露出，完好。
 - 3 已蛀蝕(decayed)。
 - 4 已填補(filled)。
- 完全萌出 {
 - 5 完好。
 - 6 已蛀蝕(decayed)。
 - 7 已填補(filled)。
- 缺牙或已拔除 X (missing)。

(2)處置代碼

- S：施作 sealant
- N：未施作 sealant
- (3)施作窩溝封劑之 Indications
- 學生之恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者

弱勢兒童窩溝封劑 (sealant) 辦理流程

