

親愛的家長，您好：

感謝您的支持及配合全國同步推展之「國小學童含氟水漱口防齲計畫」。每周一次以 10c.c. 含氟水漱口，在國內外實施多年，對預防蛀牙確具成效。政府委託「牙醫師公會全國聯合會」專業協同，自 86 學年起逐步推動，並於 90 學年起於本縣十一萬餘國小學童 全面實施。關於本次口腔檢查有幾項說明如下：

- 一、每半年一次的檢查，目的在於早期發現蛀牙及氟斑齒徵候，及時防治。
- 二、請家長攜帶學童至有張貼「國小學童含氟水漱口防齲計畫 口腔健檢院所」黃色標誌的牙醫醫療院所檢查。
- 三、學童就診時應出示健保卡或身份證明文件，以利正確填表。若僅單純健檢填表，應免收掛號費且不讀卡；惟若需進一步治療，則應在陪診家長同意下，依各醫療院所看診流程辦理。
- 四、為方便學校統計回報全國系統，請各牙科院所務必協助將 Deft 及 DMFT 值算出填入。

## 彰化縣國小學童口腔衛生健康檢查表

基本資料（自填）

姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

學校：彰化縣員林國小

班級座號：\_\_\_\_年\_\_\_\_班\_\_\_\_號

| 註記符號 | 統計代碼  | 說明                      |
|------|-------|-------------------------|
| ○    | d 、 D | 齲齒(蛀牙)、殘根、不良充填等需處理牙     |
| ×    | e 、 M | 缺牙，e 值在本計畫不列入統計(即 e=0)。 |
| △    | f 、 F | 銀粉、樹脂充填或經牙冠贗復等已治療牙      |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|
|  | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |  |  |  |  |  |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
|  | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |  |  |  |  |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| 個人齲齒指數<br>(含已治療牙齒) | 乳牙 d + e + f = t |   |   |   | 恆牙 D + M + F = T |   |   |   |
|--------------------|------------------|---|---|---|------------------|---|---|---|
|                    | d                | e | f | t | D                | M | F | T |
|                    |                  |   |   |   |                  |   |   |   |

|      |   |                                  |                                  |
|------|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 口腔概況 | <input type="checkbox"/> 恒牙白齒窩溝封填               | <input type="checkbox"/> 恒牙氟斑齒徵候 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
|      | <input type="checkbox"/> 牙齦炎                    | <input type="checkbox"/> 咬合不正    | <input type="checkbox"/> 恒白齒前傾   |
|      | <input type="checkbox"/> 沒有異常，值得鼓勵！宜每三至六個月定期檢查。 |                                  |                                  |

檢查醫師  
或院所章 \_\_\_\_\_

檢查日期 \_\_\_\_\_

家長  
簽章

彰化縣 員林國民小學  
敬 啟

※請在牙齒完成檢查或治療後，將本檢查表交回級任老師彙整。謝謝！※