

# 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6歲以下幼童，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72月齡，則無法提供本項服務。

家長簽章：\_\_\_\_\_

年 月 日