

牙醫診所 函

請填醫療院所
名稱及資料

機關地址：臺北市信義區市府路99號

傳 真：02-87802696

聯 絡 人：李小明

連絡電話：02-27208889

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期：113年__月__日

發文字號：

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送本診所辦理「113年度臺北市學童及孕婦口腔保健計畫」112

學年度下學期及113學年度上學期之一年級學童塗氟服務補助款經

費核銷文件，請查照。

正本：臺北市政府衛生局

大章

小章

請蓋與契約相同之醫
療院所大章及小章

113年度臺北市學童及孕婦口腔保健計畫
(國小一年級學童)
塗氟服務補助款領據

茲領到學童塗氟服務補助款

計新臺幣_____拾_____萬_____仟_____佰_____零_____拾_____零_____元整

此致

臺北市政府衛生局

請用國字大寫填寫金額
零壹貳參肆伍陸柒捌玖

_____牙醫診所

負責人：_____

地址：_____

統一編號：_____

_____銀行/郵局_____分行

戶名：_____ (院所帳戶，非醫師個人戶)

帳號：_____

大章

小章

學年度臺北市國小一年級學童 牙醫師到校塗氟及口腔檢查紀錄表

年度記得寫上

一、學童基本資料

◎學校名稱：_____國小

◎班級：一年____班____號

◎學童姓名：_____

◎性別：男 女

二、已於____年____月____日由牙醫師到校完成牙齒塗氟防齲服務

三、第一大白齒萌發狀況及窩溝封填狀況評估

| 16(右上) | | 26(左上) | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 狀況 | 評估 | 狀況 | 評估 |
| <input type="checkbox"/> 0：尚未萌出 | <input type="checkbox"/> A：完整窩溝封填 <input type="checkbox"/> B：部分窩溝封填 <input type="checkbox"/> C：無窩溝封填 | <input type="checkbox"/> 0：尚未萌出 | <input type="checkbox"/> A：完整窩溝封填 <input type="checkbox"/> B：部分窩溝封填 <input type="checkbox"/> C：無窩溝封填 |
| <input type="checkbox"/> 1：部分萌出 | | <input type="checkbox"/> 1：部分萌出 | |
| <input type="checkbox"/> 2：完全萌出 | | <input type="checkbox"/> 2：完全萌出 | |
| 46(右下) | | 36(左下) | |
| 狀況 | 評估 | 狀況 | 評估 |
| <input type="checkbox"/> 0：尚未萌出 | <input type="checkbox"/> A：完整窩溝封填 <input type="checkbox"/> B：部分窩溝封填 <input type="checkbox"/> C：無窩溝封填 | <input type="checkbox"/> 0：尚未萌出 | <input type="checkbox"/> A：完整窩溝封填 <input type="checkbox"/> B：部分窩溝封填 <input type="checkbox"/> C：無窩溝封填 |
| <input type="checkbox"/> 1：部分萌出 | | <input type="checkbox"/> 1：部分萌出 | |
| <input type="checkbox"/> 2：完全萌出 | | <input type="checkbox"/> 2：完全萌出 | |

四、口腔檢查結果發現下列情形，請至牙科醫療院所接受進一步檢查，儘快做好矯治工作，並輔導其注意口腔保健，養成餐後潔牙的好習慣。

齲齒 口腔衛生不佳 咬合不正 其他_____ 無異常

※若學童第一大白齒的狀況代碼為**2：完全萌出**，且評估代碼為**B：部分窩溝封填**或**C：無窩溝封填**，請儘速帶學童持「健保卡」，至本市牙科合約醫療院所接受窩溝封填防齲服務。

※建議塗氟後當天避免刷牙及吃粗糙的食物。塗氟後若有嘔吐現象，可喝牛奶減緩不適感，如症狀未改善，請速就醫。

塗氟醫療院所：_____

醫師確認核章：_____

學校確認核章：_____

請學校發放表單時，
先行核章，提醒學童
填寫基本資料

*到校塗氟名冊格式

_____學年度下學期臺北市國小一年級學童
牙醫師到校牙齒塗氟防齲服務 塗氟學童名冊

| 編號 | 學校名稱 | 班級 | 座號 | 學童姓名 | 性別 | 學童生日 | 是否塗氟 |
|----|------|----|----|------|----|------|---|
| 1 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 9 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 10 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 11 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 12 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 13 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 14 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 15 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 16 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 17 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 18 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 19 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 20 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

請醫療院所確認
當天塗氟學童並
打勾確認，完成
後於下方核章，
由醫療院所核銷
時寄回衛生局

塗氟日期：_____

塗氟醫療院所：_____

學校確認核章：_____

醫師確認核章：_____

學校與醫療院所確認核章後，此名冊由醫療院所帶回，核銷時送衛生局，
學校如有需求可影印留存。

請學校提供該校 112 學年度下學期及 113 學年度上學期之一年級在籍學童名冊予衛生局，

請醫療院所塗氟結束後，務必確認已於口腔檢查紀錄表完成核章，日後寄送衛生局供經費核

銷使用

*到院塗氟名冊格式

院所113年度本市國小學童塗氟服務名冊

| 編號 | 施作日期 | 學校名稱 | 班級 | 座號 | 學童姓名 | 性別 | 學童生日 |
|----|------|------|----|----|------|----|------------|
| 範例 | 1/1 | 市府國小 | 1 | 1 | 駱○○ | 男 | 2016/09/05 |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

請醫療院所確認
完成後於下方核
章，核銷時寄回
衛生局



醫師核章：_____ 塗氟醫療院所：_____

請學校提供該校 112 學年度下學期及 113 學年度上學期之一年級在籍學童名冊予衛生局，
請醫療院所塗氟結束後，務必確認已於口腔檢查紀錄表完成核章，日後寄送衛生局供經費核
銷使用