



嘉義市 _____ 學年度新生入學前

【口腔健康檢查通知單】

親愛的家長您好：

齲齒為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至會影響未來恆牙的生長、發育。乳齒和恆齒照護同等重要，學童若乳齒齲齒嚴重，將會影響後續恆齒的發育鈣化，且乳齒也可為後來的恆齒佔據萌發所需的空間，故敦請家長們一定要重視貴子弟的口腔健康。

為維護貴子弟健康及配合餐後潔牙以預防齲齒，衛福部**建議學童應至少每半年檢查口腔一次**，請您利用**暑假期間並於入學前撥冗帶孩子至合格牙醫院所完成口腔檢查**，如有異常請完成所有矯治治療，並請牙醫師評估是否已長出『恆牙第一大臼齒』，可免費提供施作『第一大臼齒窩溝封填』以降低齲齒發生。

平日在家也請您協助並督導孩子，於**餐後及睡前應以1,000ppm以上的含氟牙膏及牙線**來進行口腔潔牙。

◆ 請於開學日，將此單交由班級導師，學校護理師會進行學童口腔健康追蹤。



新生口腔健康檢查報告暨完成矯治回條

學校名稱:

班級:

座號:

姓名:

- 治療中，仍需回診。
- 已完成所有治療。
- 暫時無需治療。
- 應另行轉診。
- 應加強口腔衛生。
- 已完成恆牙第一大臼齒窩溝封填
請於右方表格標示『標示SF』

目前全口健檢結果如下圖：

D-齲齒 M-缺牙 F-已矯治 SF:已窩溝封填 6-可窩溝封填

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
上 右 下		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上 左 下				
		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

醫療院所蓋章處

牙齒狀況:『齲齒』皆已矯治完畢或醫師判定不需矯治，請牙醫院所『蓋章』並繳回。

醫師建議事項或說明:

就診單位及醫師:

矯治完成日期:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

家長簽名: _____

醫療院所蓋章處



請您於開學當日 _____，將此單繳回班級導師以利學校追蹤關懷，感謝您的配合。