

附錄 2-3

國小學童窩溝封填補助服務方案【醫事機構/學校巡迴服務】施作紀錄單

國小 姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 出生：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

國小一、二年級學童

身心障礙、山地原住民鄉及離島地區國小學童

施作日期	恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況						建議事項
__年__月__日	16 (IC )		26 (IC )				院所：_____ 醫師：_____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：__年__月__日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：
	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼			
	46 (IC )		36 (IC )				
	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼			
__年__月__日	16 (IC )		26 (IC )				院所：_____ 醫師：_____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：__年__月__日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：
	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			
	46 (IC )		36 (IC )				
	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			
__年__月__日	16 (IC )		26 (IC )				院所：_____ 醫師：_____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：__年__月__日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：
	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			
	46 (IC )		36 (IC )				
	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			
__年__月__日	16 (IC )		26 (IC )				院所：_____ 醫師：_____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：__年__月__日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：
	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			
	46 (IC )		36 (IC )				
	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			

填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼		(4)施作窩溝封劑之 Indications	
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) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)		1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診院所填補。	
(2)處置代碼		(5)口腔保健衛教指導	
(3)評估代碼		<input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天用含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每半年一次看牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、監督幼兒的刷牙動作	
S：施作 sealant N：未施作 sealant	a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療		