

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫 SOP

- 一、 衛生局支援報備。
- 二、 填幼兒園/學校同意書(非必要文件，院所可視需要選用)，詳附件一。
- 三、 填家長同意書(含氟化物基本常識，兒童口腔保健方式，家長同意與否，塗氟當日帶健保卡)，詳附件二。
- 四、 兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務
 1. 教保人員/老師/護理師衛教指導(內容為氟化物基本知識及兒童口腔保健方式)。
 2. IC 卡過卡作業(適用對象：①未滿六歲兒童，半年內無塗過、②未滿十二歲之具福保資格低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，三個月內未塗過)，詳附件三。
 3. 一般口檢含塗氟後說明。
 4. 塗氟過程需遵從感染控制相關規範。
 5. 塗氟漆流程，詳附件四。
 6. 填寫家長回覆單共三聯(分別由家長、幼兒園/學校、牙醫師帶回院所留存，抽審時隨病歷送審)，詳附件五。
 7. 如有特殊體質(如過敏等)或大量誤食出現噁心、嘔吐等不適症狀，此時可先催吐，再給予鮮奶以減緩「氟」之吸收，並立即送醫觀察處理。
 8. 為維護醫療品質，建議牙醫師至幼兒園/學校塗氟，每診次每位醫師最高人次以 50 人為限。
 9. 須開立 IC81、IC87 健保收據，詳附件六。

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務
幼兒園/學校同意書（選用）

_____（幼兒園/學校全銜）

同意_____牙醫院所_____醫師

於_____（執行年月日）至本幼兒園/學校執行

「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務」。

幼兒園/學校用印

負責人用印

中 華 民 國

年

月

日

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫【家長同意書】

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「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，希望能讓兒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。

本活動參加的適用對象為①未滿六歲兒童（半年內無塗氟過）、②未滿十二歲之具福保資格低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童（三個月內未塗氟過），經家長同意後實施塗氟，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/學校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，也請家長避免以糖果作為獎勵增強物，並應養成飯後、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)/校長

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：_____

◎ 班級：_____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「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，
於____月____日帶健保 IC 卡到幼兒園

二、☐ 我不同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」。

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____個月後(____年____月____日)，將自行前往牙醫門診塗氟。

3. ☐ 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/三個月內執行過塗氟或超過適用年齡，則無法提供本項服務。（未滿六歲兒童須半年內未塗氟過；未滿十二歲之具福保資格低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，須三個月內未塗氟過）

家長簽章：_____

年 月 日

預防蛀牙的方法

包括適量使用氟化物、定期口腔檢查、正確的潔牙(餐後潔牙、6歲以下兒童睡前應由父母協助完成刷牙)、良好飲食習慣(不要吃黏甜易蛀牙之零食、用餐時間不宜過久)。

牙齒的維他命~氟化物

氟化物可使牙齒表面更堅固降低齲齒的發生。例如：飲水加氟、含氟牙膏、含氟漱口水及局部塗氟，都可在琺瑯質上形成防護膜，達到有效預防齲齒。

定期口腔檢查

成人通常是每半年檢查一次，嬰兒大約六個月至一歲期間乳牙開始萌出，即帶給牙科醫師檢查。家長應每三~六個月帶幼兒至牙科接受定期口腔檢查。如果有齒質不佳或排列不整齊時，應該三個月看診一次。除了因為早期治療花費時間短，效果好，可減少因拖延引起的疼痛，還可以獲得預防性口腔保健服務，例如：教導預防奶瓶性蛀牙，教導正確的刷牙方法、阻斷吸吮奶嘴或咬指甲等不良口腔習慣、局部塗氟、白齒窩溝封劑服務等項目。

良好的飲食習慣

進食後牙齒表面殘留的食物殘渣，使得口中細菌繁殖，在牙齒表面形成牙菌斑，若不仔細清除它，牙齒的琺瑯質便會受到侵蝕造成蛀牙。

除了含糖食物之外，精緻黏稠的食物亦容易造成齲齒，因為這些食物容易黏在牙齒上、不易清潔，富含纖維的食物有益於牙齒健康，比方說蘋果、蔬菜等蔬果就是對牙齒健康有助益的食物。

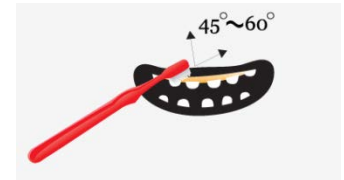
正確的潔牙

我們吃完東西後，很多食物殘渣留在口中，提供細菌生長最好的養分，所以餐後是很好的潔牙時機。睡覺時口分泌減少、吞嚥動作減少，口腔內的細菌生長較快，所以睡前把口腔清潔乾淨可以減少牙菌斑的滋長而減少蛀牙。

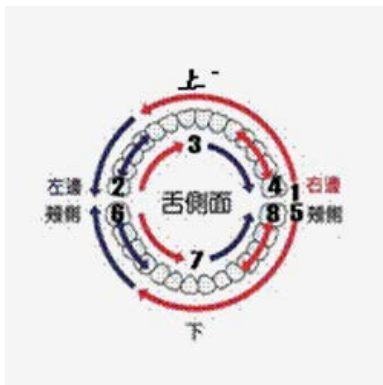
幼兒牙齒長出來後，應每日至少兩次由父母負責潔牙（睡前一定要刷，建議使用含氟牙膏）。為減少蛀牙，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺的習慣。二到三歲的孩子就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前的孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己的牙齒的，因此父母一定要再幫他們刷一次。

正確的刷牙方法

沾上適量的含氟牙膏可預防齲齒，刷毛與牙齒成45度至60度角，而且輕輕地壓向牙齒，使刷毛的側面也能夠接觸到牙齒。



*刷牙順序 (1)右邊開始右邊結束 (2)外面刷完刷裡面 (3)上面刷完刷下面



年紀較小的幼兒：家長可坐在沙發或床上，幼兒把頭枕於大人腿上。

年紀較大的幼兒：大人坐在幼兒身後，將幼兒的背靠於大人身上(大腿或小腹)，讓幼兒的頭輕微向後仰，大人就可以看到幼兒口腔的每個區域。無論何種姿勢，大人皆需一手托住幼兒下巴，再以另一手幫幼兒刷牙。將幼兒頭部偏45度角，以防口水哽在喉頭。



IC 卡過卡作業流程

廠商建議方式一：

1. 診所除原先的 VPN 醫療網路外，還要有一般的網路(例如 ADSL)和 IP 分享器，以便筆電可以和診所電腦連線。
2. 至幼兒園/學校施作時需攜帶筆電，其配備要有：
 - (1) 網路(要和診所的電腦連線)：行動網路(連有上網的智慧型手機亦可)。
 - (2) 和診所相同之申報軟體：可請幫診所安裝申報軟體的廠商加裝網路版(軟體安裝梵谷科技 6000 元，北昕資訊 5000 元，含筆電設定與診所連線，不含讀卡機及轉接線)。
 - (3) 健保卡讀卡機。

廠商建議方式二：

1. 由公會申請一個撥接網路帳號。
2. 欲施作的幼兒園/學校若有筆電、IC 健保卡讀卡機，則要確定筆電上須有和診所一樣的申報軟體。
3. 至學校時，用學校的電話主線撥接上網，以更新健保卡；若無需更新健保卡時則不用上網(梵谷小天使需一直上網)。
4. 回診所匯入資料時要注意，勿將原診所看診資料覆蓋掉。



兒童牙齒預防保健 氟化防齲處理建議作業流程

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-1



一、病歷問診

Logo XX 兒童/青少年牙醫診所初診記錄表

兒童姓名		性別		生日		初診日期	
暱稱		出生地		身份證字號			
兒童嗜好		家中排行		就讀學校(幼稚園)			
通訊地址							
E-mail						電話	
家長姓名		子女數		職業			

小朋友以前曾有的疾病請在□內打勾以幫助醫師為您的孩子作最妥善的治療謝謝!

心臟病 高血壓	胃腸疾病	食物過敏:何種_____
血液疾病 血友病	遺傳疾病	藥物過敏:何種_____
糖尿病	發音語言障礙	外傷:何時_____
肝臟疾病	行動障礙	早產:出生時週數:_____
腎臟疾病	腦性麻痺	其他:_____

若有病史,則現在: ☐痊癒 ☐不詳☐治療中: 醫師姓名:_____ 電話:_____

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會3



兒童氟化防齲氟漆塗氟流程

1. 病歷問診 (History taking)
2. 口腔檢查 (Oral examination)
3. 飲食指導 (Diet consultation)
4. 衛教 (Oral hygiene instruction)
5. 刷牙或專業潔牙 (Brushing or Prophylaxis)
6. 氟漆塗氟 (Fluoride varnish application)
7. 術後指導 (Post treatment instruction)

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-2



初診問卷

(一)兒童飲食習慣:

嗜吃甜食: ☐是 ☐否愛喝含糖飲料: ☐是 ☐否吃飯習慣含在嘴裏: ☐是 ☐否用奶瓶喝奶: ☐是 ☐否

(二)刷牙習慣及預防保健:

☐早上睡起 ☐早餐後 ☐中餐後 ☐晚飯後 ☐睡覺前 ☐吃點心後家長是否有協助孩子刷牙: ☐是 ☐否定期塗氟: ☐是 ☐否 使用氟錠: ☐是 ☐否 溝隙封填: ☐是 ☐否

(三)不良習慣:

☐吸奶嘴 ☐吸手指頭 ☐咬指甲 ☐咬嘴唇 ☐伸舌頭 ☐口呼吸☐吸奶瓶睡覺 ☐夜間磨牙

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會4



口檢表

牙齒狀況													
檢查代碼													
0-健康牙齒；													
1-齲齒；													
2-缺牙；													
3-已填補；													
4-未萌發													
5-非因齲齒而缺牙													
上	右	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左	上
下	右	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	左	下



二、飲食指導

- 訪問了解兒童每日飲食內容
- 建議改正不正確的飲食或餵食習慣
- 教育照顧者有關兒童飲食影響口腔健康的知識



易造成早發性兒童齲齒的飲食

- 睡前或睡覺之間奶瓶哺乳
- 睡前或睡覺之間母乳哺乳吃飯
- 含飯進食過久
- 甜食零食過度



三、口腔衛教

衛教對象

學齡前 preschool --- 家長為主

6~9 y/o ----- 兒童與家長

>10 y/o ----- 兒童為主



年齡有別的潔牙技巧

- **0~3 y/o:** 家長刷，用牙線(前牙)。
- **3~6 y/o:** 小朋友先刷，家長再完成清潔工作及使用牙線(後牙)。
- **6~9 y/o:** 小朋友刷，家長刷恆牙大白齒及門齒，使用牙線。
- **9~18 y/o:** 小朋友刷，家長監督。



合作前期(約三歲以前)的牙科檢查

膝對膝檢查 knee to knee



潔牙姿勢

躺下刷牙及使用牙線



四、刷牙或專業潔牙

刷牙或潔牙之前先塗抹牙菌斑顯示液
方便對家長衛教
(牙菌斑顯示液並不包含在健保給付範圍)





刷牙與衛教指導

牙醫師示範如何正確刷牙
同時對家長衛教，年紀小的幼兒可
以採膝對膝方式進行

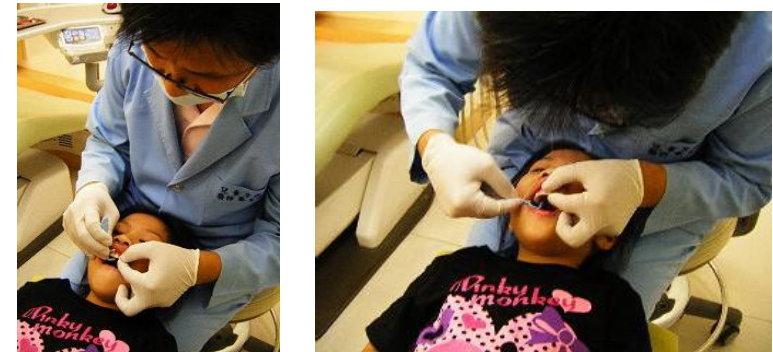


社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-13



牙線使用與衛教指導

牙醫師示範如何正確使用牙線
同時對家長衛教



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-14



專業潔牙(選擇性實施)

如果小朋友年紀比較大或有牙面染色必
要時可進行專業業潔牙美白(並不包含在
健保給付範圍)



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-15



五、氟漆塗氟

選擇衛生署認證之氟漆



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-16



塗氟前隔濕

開始前先使用吸唾管與氣槍將牙齒四處表面保持乾燥，可以使用棉捲或紗布隔溼



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-17



氟漆塗氟

依序塗抹於每一牙齒上，
可使用棉捲或紗布隔溼



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-19



氟漆塗氟

以小刷子沾取氟漆塗於乾燥牙齒表面，只須薄薄一層即可，過程中隨時以吸唾管吸除多餘唾液



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-18



塗氟完成

完成之後應於牙齒四周形成薄膜狀



透明顏色氟



黃褐色氟漆

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會-20



六、術後指導

半小時內勿飲食及喝水

如有口水可先吐出

術後如有嘔吐現象為正常反應

牙齒表面會有薄薄一層氟漆黏附

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟____完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- ☐無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
- ☐有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第一聯：由學生家長留存

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟____完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- ☐無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
- ☐有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第二聯：由幼兒園、學校留存

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟____完成塗氟防齲處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氟漆種類如下：

- ☐1. Duraphat Dental Suspension--- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate
- ☐2. Standard-Fluor Dental Gel----- (2.4% Fluoride) Denmate
- ☐3. Profluorid Varnish----- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco
- ☐4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Sodium Fluoride)3M ESPE
- ☐5. Flour Protector Ivoclar Vivadent(0.1%Fluoride)
- ☐6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish
- ☐7. 其他_____

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- ☐無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
- ☐有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第三聯：由醫師帶回診所留存（抽審時隨病歷送審）

牙醫門診總額支付制度保險醫療費用明細及收據

○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○
 性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○
 診別：○○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	XX	掛號費	XX
藥費	XX	部分負擔	
藥事服務費	XX	基本部分負擔	XX
注射費	XX	藥品部分負擔	XX
檢驗費	XX	復健部分負擔	XX
檢查費	XX	檢驗檢查	XX
處置手術費	XX	藥品	XX
材料費	XX	衛材	XX
		其他	XX
小計：健保申報 XXXX點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 XXX元 其他自費金額 XXX元	
應繳金額：XXX元		收款人：○○○（收費章及日期）	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話(條戳或圖記)

第○聯

收據編號：○○○○○