

**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	恆牙第一大臼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	1.可施作對象：恆牙第一大臼齒，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。	
部分萌出	1 咬合面未露出，完好		
	2 <b>咬合面已露出，完好</b>		
	3 已蛀蝕(decayed)		
	4 已填補(filled)	(5)口腔保健衛教指導	
完全萌出	5 <b>完好</b>	<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	
	6 已蛀蝕(decayed)		
	7 已填補(filled)		
缺牙或已拔除	X (missing)		
(2)處置代碼	(3)評估代碼		
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		

