57

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：許家禎 (02)25000133轉266
電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw

受文者：詳如正、副本

發文日期：中華民國106年1月17日
發文字號：牙全聰字第3581號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：函轉衛生福利部公告修正，「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第三點及第五點之規定，並自106年3月1日生效，詳如附件，敬請周知會員，請　查照。

說明：

一、檢送衛生福利部106年1月5日衛部心字第1051702619號函(如附件)，請各縣市牙醫師公會周知所屬會員。

二、修訂內容摘要如下，詳細規定請參閱附件。

（一）修正「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第三點及第五點之規定。

（二）修正「附件1兒童牙齒塗氟保健服務」備註：(1)兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務，僅限原住民族地區、偏遠及離島地區。(2)詳列塗氟漆流程。(3)牙醫師至幼兒園/學校塗氟，每診次每位醫師最高人次以30人為限。

（三）修正「附件2窩溝封填保健服務」備註：本項服務只需攜帶健保卡，不需護齒護照。

三、上述公告修正內容電子檔已刊登於本會網站，供會員自行下載，本會網站(www.cda.org.tw/新聞資訊/最新消息)。

正本：22縣市牙醫師公會
副本：牙醫門診醫療服務六區審查分會　牙醫全聯會校對章(265)

收文	
106.1.23	
彙辦	☑ 轉知 ☐ 存查
擬辦	☐ 劉主委 會員
簽名	光 1/26

理事長 陳義聰

本案依照分層負責規定授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

檔　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國106年1月5日
發文字號：衛部心字第1051702619號
附件：「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第三點及第五點修正規定一份
(1051702619-1.pdf)

主旨：公告修正「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第三點及第五點(如附件)，並自中華民國一百零六年三月一日生效。

部長林奏延

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項

衛生福利部106年1月5日衛部心字第1051702619號公告修正發布

一、 衛生福利部（以下稱本部）配合口腔預防保健業務由本部國民健康署移撥至本部心理及口腔健康司，口腔預防保健業務由本部請本部中央健康保險署(以下稱健保署)協助辦理，為持續提供此項服務，特訂定本注意事項。

二、 全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱特約醫事服務機構）提供第三點所定對象口腔預防保健服務，有關補助醫療費用之申報與核付作業，應依本注意事項辦理；本注意事項未規定者，依全民健康保險相關法令之規定。

三、 提供預防保健服務，其補助對象及實施時程如下：

(一) 兒童牙齒塗氟：

1 未滿六歲兒童，每半年補助一次。

2 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，每三個月補助一次。

(二) 國小學童白齒窩溝封填:國小一、二年級學童(施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百零八個月)。

社團法人
醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

四、　提供預防保健服務，其補助之項目如下：

（一）兒童牙齒塗氟保健服務：

1　牙醫師專業塗氟服務。

2　一般性口腔檢查。

3　衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、餐後潔牙、健康飲食等。

（二）國小學童臼齒窩溝封填:

1　恆牙第一大臼齒窩溝封填、一般口腔檢查及口腔保健衛教指導。（牙位代碼分別為16、26、36、46，每人同一牙位限申報一次）

2　恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作(於恆牙第一大臼齒窩溝封填施作後六個月(含)及十二個月(含)評估，每人同一牙位限各申報一次)。

五、　牙齒塗氟與窩溝封填服務補助金額如附件1及附件2。牙齒塗氟項經費係屬年度預算，本預算如遭立法院凍結、刪減、刪除或用罄，本部得視情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止服務。窩溝封填服務經費財源為菸品健康福利捐，屬特定收入來源，年度進行中該收入來源如有短收情形或用罄，致無法支應價金時，本部得視情形，調減價金、解除或終止服務。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

六、 申請辦理兒童牙齒塗氟及窩溝封填服務者，應為有登記執業之牙科醫師。

七、 特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，應善盡查核之責，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本部申報。但補助對象因醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。

八、 特約醫事服務機構已依其他法令向政府機關請領相同項目之費用者，不得重複申請預防保健費用。

九、 特約醫事服務機構應自提供各項口腔預防保健服務之次月一日起六個月內，向健保署申報費用，逾期未申報者，本部不予核付費用。

十、 特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，則非屬本部補助口腔預防保健服務範圍。

十一、本部及健保署對於辦理口腔預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。

十二、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符、

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

各項口腔預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實、不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本部應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。

社團法人中華民國牙
醫師公會全國聯合會
發文附件

附件 1 兒童牙齒塗氟保健服務

（單位：新臺幣）

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
81	IC81	未滿六歲，每半年補助一次。	氟化防齲處理（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	500 元
87	IC87	未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區，每三個月補助一次。	氟化防齲處理（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	500 元

備註：

一、有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

(一) 未滿 6 歲兒童，就醫年月-出生年月<=72 個月

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月>=6 個月；

(二) 未滿 12 歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，就醫年月-出生年月<=144 個月

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月>=3 個月

二、特約醫事服務機構辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應依下列規定辦理：

(一) 應於特約醫事服務機構內執行。如申請辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(僅限原住民族地區、偏遠及離島地區)，應先報經當地衛生局同意後辦理。

(二) 執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 8500ppm 以上；如辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務，應由家長或主要照顧者簽具同意書後提供，服務時需使用氟漆（fluoride varnish）；並依醫療法第六十七條規定登載服務資料於病歷。未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。

(三) 辦理「兒童牙齒塗氟保健服務」學校巡迴服務，須配合健保卡相關作業，應備讀卡機依照規定登錄提供之保健服務資料(「12-1.保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4.檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。若巡迴學校無法連線者，得併入醫事服務機構申報。如學童有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，需填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊後提供服務。

三、服務方式:

(一) 衛生局支援報備。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

(二) 填幼兒園/學校同意書(非必要文件，院所可視需要選用)，詳附錄 1-1。

(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)，詳附錄 1-2。

(四) 兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(僅限原住民族地區、偏遠及離島地區)

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. 健保卡過卡作業(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、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，三個月內未塗過)，詳附錄 1-3。
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：

(1)病例問診，了解小朋友飲食習慣與病史。

(2)牙醫師進行口腔檢查，檢視蛀牙狀況，並對家長進行幼兒的飲食習慣指導。

(3)幫小朋友刷牙或專業潔牙並同時對家長進行口腔衛教，教導家長如何正確幫小朋友潔牙。

(4)氟漆塗氟與術後指導。

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)，詳附錄 1-4。
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 30 人為限。
9. 須開立 IC81、IC87 健保收據，詳附錄 1-5。
10. 兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區、偏遠及離島地區，詳附錄 1-6。

社團法人中華民國牙
醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

附件 2 窩溝封填保健服務

（單位：新臺幣）

醫令代碼	就醫序號	施作牙位	補助對象	補助金額	服務項目
8A	IC8A	16	1. 國小一、二年級學童(施作年齡條件：72 個月≦就醫年月－出生年月≦108 個月) 2. 不含山地原住民鄉、離島地區及身心障礙國小一、二年級	每顆補助 400 元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填 2. 一般口腔檢查、衛教指導
8B	IC8B	26			
8C	IC8C	36			
8D	IC8D	46			
8E	IC8E	16	1.山地原住民鄉及離島地區之國小一、二年級學童(施作年齡條件:72 個月≦就醫年月－出生年月≦108 個月) 補助條件：依兒童戶籍資料之所在地或學校所在地認定 2.身心障礙之國小一、二年級(施作年齡條件:72 個月≦就醫年月－出生年月≦108 個月) 補助條件：持有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明	每顆補助 470 元	
8F	IC8F	26			
8G	IC8G	36			
8H	IC8H	46			
8I	IC8I	16	第一次評估檢查(施作年齡條件：72 個月≦就醫年月－出生年月≦108 個月) （同一牙位窩溝封填施作間隔 6 個月(含)以上）	每顆補助 100 元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作 2. 一般口腔檢查、口腔保健衛教指導
8J	IC8J	26			
8K	IC8K	36			
8L	IC8L	46			
8M	IC8M	16	第二次評估檢查(施作年齡條件：72 個月≦就醫年月－出生年月≦108 個月) （同一牙位窩溝封填施作間隔12個月(含)以上，且與第一次評估檢查間隔6個月(含)以上）	每顆補助 100 元	
8N	IC8N	26			
8O	IC8O	36			
8P	IC8P	46			

備註：

一、本項補助服務費用，由本部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應。各次補助金額，包含恆牙第一大臼齒窩溝封填、封填後 6 個月(含)第一次評估檢查、封填後 12 個月(含)第二次評估檢查，不得向學童額外收服務之差額。本項服務只需攜帶健保卡，不需護齒護照。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 發文附件專用章

二、有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

(一) 施作年齡條件：72 個月≦就醫年月－出生年月≦108 個月。

(二) 服務間隔：

1. 第一次評估檢查：當次評估檢查就醫年月-前次就醫年月≧6 個月，每人同一牙位限申報一次。
2. 第二次評估檢查：當次評估檢查就醫年月-前次就醫年月≧12 個月，每人同一牙位限申報一次。
3. 第一次評估檢查與第二次評估檢查間隔：當次就醫年月-前次就醫年月≧6 個月，每人同一牙位限申報一次。

三、如有發現兒童及青少年從未辦理投保而無健保卡者，請教育局(處)、學校、村(里)長、村(里)幹事、社工、派出所警察、醫院診所向健保署轄區業務組顧客服務科通報，由健保署協助辦理投保及製發健保卡，保障其以健保身分就醫，獲得必要醫療照護。(註：自 102 年 1 月起二代健保法實施後，健保署依據健保法第 37 條規定立法意旨，僅對於有經濟能力但拒不繳納保險費者，始予暫行停止給付（鎖卡），並輔導其儘速處理欠費，亦即無力繳納健保費之弱勢民眾如 20 歲以下者、特殊境遇家庭受扶助者及懷孕婦女，均非屬鎖卡對象，都不會因欠繳健保費而被鎖卡。)

四、山地原住民鄉定義，係參照原住民委員會所定原住民地區 30 個山地鄉 (區)，包括：新北市烏來區、桃園市復興區、新竹縣尖石鄉、五峰鄉、苗栗縣泰安鄉、臺中市和平區、南投縣信義鄉、仁愛鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市桃源區、那瑪夏區、茂林區、屏東縣三地門鄉、瑪家鄉、霧台鄉、牡丹鄉、來義鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、台東縣達仁鄉、金峰鄉、延平鄉、海端鄉、蘭嶼鄉、花蓮縣卓溪鄉、秀林鄉、萬榮鄉、宜蘭縣大同鄉、南澳鄉。

五、離島地區：屏東縣琉球鄉、臺東縣綠島鄉、蘭嶼鄉、澎湖縣馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉、金門縣金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉、連江縣南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉。

六、辦理「國小學童窩溝封填補助服務方案」學校巡迴服務，須配合健保卡相關作業，應備讀卡機依照規定登錄提供之保健服務資料(「12-1.保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4.檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。若巡迴學校無法連線者，得併入醫事服務機構申報。如學童有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，需填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊後提供服務。

七、服務方式：

(一) 學校巡迴服務：特約醫事服務機構到學校，辦理學校巡迴服務。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

1. 特約醫事服務機構申請辦理學校巡迴服務、或國民小學校園牙醫師提供校內學童服務，應依相關規定向當地衛生主管機關報備後辦理（建議結合「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之牙醫師巡迴醫療服務辦理）。
2. 由學童持學校發給之「國小學童窩溝封填補助服務方案」之【學校巡迴服務】家長通知及同意書（附錄 2-2）及健保卡，由家長或主要照顧者簽具同意書後，到學校接受服務。
3. 辦理本項服務後，由學校人員及施作牙醫師共同填寫【醫事機構/學校巡迴服務】施作紀錄單（附錄 2-3）及「國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】執行表」（附錄 2-4），並由學校及施作醫師，各留存 1 份。
4. 辦理學校教職員及學生口腔保健團體衛教指導。
5. 如當日學童因故或缺席無法施作窩溝封填服務，由家長帶學童至特約醫事服務機構施作。請持學校發給之「國小學童窩溝封填補助服務方案」之【學校巡迴服務】家長通知及同意書（附錄 2-2）、【醫事機構/學校巡迴服務】施作紀錄單（附錄 2-3）及健保卡接受服務。完成本項服務後，請牙醫師填寫「國小學童窩溝封填補助服務方案」施作紀錄單，分由學童家長留存 1 份，由施作醫師留存病歷 1 份。

(二) 由學校發放通知書，由家長帶學童至特約醫事服務機構施作：

1. 由學童持學校發給之「國小學童窩溝封填補助服務方案」之【醫事機構】家長通知書（附錄 2-1）、【醫事機構/學校巡迴服務】施作紀錄單（附錄 2-3）及健保卡接受服務。
2. 完成本項服務後，請牙醫師填寫「國小學童窩溝封填補助服務方案」施作紀錄單，並預約下次施作或追蹤時間，分由學童家長留存 1 份，由施作醫師留存病歷 1 份。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 發文附件專用章

【附錄 1-1】

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(限原住民族地區、偏遠及離島地區)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

社團法人中華民國
醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

【附錄 1-2】

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(限原住民族地區、偏遠及離島地區)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、設籍原住民族地區、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、設籍原住民族地區、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

社團法人中華民國
醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

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。

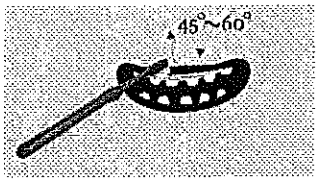
正確的潔牙

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。睡覺時口水分泌減少、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。

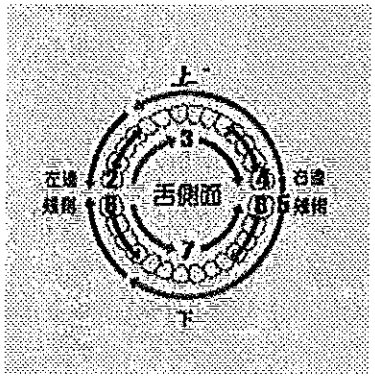
幼兒牙齒長出來後，應每日至少兩次由父母負責潔牙（睡前一定要刷，建議使用含氟牙膏）。為減少蛀牙，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺的習慣。二到三歲的孩子就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前的孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己的牙齒的，因此父母一定要再幫他們刷一次。

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。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

【附錄 1-3】

健保卡過卡作業流程

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。

社團法人中華民國中醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(限原住民族地區、偏遠及離島地區)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(限原住民族地區、偏遠及離島地區)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(限原住民族地區、偏遠及離島地區)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 % Solium 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)

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函文附件專用章

【附錄 1-5】

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：○○○○○

醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

【附錄1-6】

兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區及離島等偏遠地區一覽表

縣別	原住民族地區	離島鄉	偏遠地區
新北市	烏來區		石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、烏來區
桃園縣	復興鄉		復興鄉
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉、關西鎮		五峰鄉、尖石鄉
苗栗縣	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉		泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉
台中市	和平區		和平區
南投縣	仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉		中寮鄉、仁愛鄉、信義鄉
嘉義縣	阿里山鄉		番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
台南市			楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區		田寮區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區、桃源區、茂林　區
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉	琉球鄉	滿州鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉		大同鄉、南澳鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、花蓮市、光復鄉、瑞穗鄉、豐濱鄉、吉安鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、玉里鎮、新城鄉、富里鄉		鳳林鄉、壽豐鄉、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、卓溪鄉、豐濱鄉
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、大武鄉、蘭嶼鄉、臺東市、成功鎮、關山鎮、太麻里鄉、卑南鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉	綠島鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金城鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵	金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

◎ 偏遠地區定義（內政部）：人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉鎮市；或距離直轄市、縣市政府所在地七點五公里以上之離島，計六十五鄉鎮。

◎ 此表參照衛生福利部照護司及原住民委員會界定原住民族地區、離島鄉及偏遠地區之標準辦理。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 收文附件專用章

附錄 2-1

衛生福利部
國小學童窩溝封填補助服務方案【醫事機構】
家長通知書

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。學童恆牙第一大臼齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。

衛生福利部為照顧學童口腔健康，將原本只提供弱勢兒童(低收入、中低收入、身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童)的恆牙第一大臼齒免費窩溝封填服務，全面擴大至國小一、二年級學童。

凡國小一、二年級學童，可至牙科醫療院所由專業牙醫師提供恆牙第一大臼齒免費窩溝封填防齲服務（恆牙第一大臼齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆)。另，學童在恆牙第一大臼齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查，以及為新萌出的恆牙第一大臼齒進行窩溝封填(請先與牙科醫療院所約診;接受服務當日，請記得攜帶健保卡)。

窩溝封填是常規的牙科治療與預防齲齒的方法，但有少數接受窩溝封填施作者可能於施作過程中，或於接受施作窩溝封填之後，有短暫之咬合異物感；或是部分已經齲齒的牙齒，不適合施作窩溝封填。若有上述情形，均會由牙醫師依其專業立即做適當的建議及處置。

___年___月___日

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
發文附件專用章

附錄 2-2

衛生福利部

國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】

家長通知書

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。學童恆牙第一大臼齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。

衛生福利部為照顧學童口腔健康，將原本只提供弱勢兒童（低收入、中低收入、身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童）恆牙第一大臼齒免費窩溝封填服務，全面擴大至國小一、二年級學童。

凡國小一、二年級學童，於家長或照顧者同意學童參加學校統一規劃窩溝封填巡迴服務後，將由專業牙醫師提供恆牙第一大臼齒免費窩溝封填防齲服務（恆牙第一大臼齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆）。另，學童在恆牙第一大臼齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查，以及為新萌出的大臼齒進行窩溝封填。

窩溝封填是常規的牙科治療與預防齲齒的方法，但有少數接受窩溝封填施作者可能於施作過程中，或於接受施作窩溝封填之後，有短暫之咬合異物感；或是部分已經齲齒的牙齒，不適合施作窩溝封填。若有上述情形，均會由牙醫師依其專業立即做適當的建議及處置。

國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】同意書

學校：_____**國小　班級：**____**年**_____**班** _____**號**

學生：_____

☐ **同意參加（接受服務當日，請記得攜帶健保卡）**

☐ **不同意參加**

家長簽名:_____

聯絡(手機)電話：(日)_____　(夜)_____

_____年____月____日

社團法人中國醫師公會全國聯合會 發文附件專用章

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　）：狀況代碼 ／ 處置代碼 26（IC　）：狀況代碼 ／ 處置代碼 46（IC　）：狀況代碼 ／ 處置代碼 36（IC　）：狀況代碼 ／ 處置代碼	院所：_____ 醫師：_____ □預約下次回診時間：__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：
__年__月__日	16（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 26（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 46（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 36（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼	院所：_____ 醫師：_____ □預約下次回診時間：__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：
__年__月__日	16（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 26（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 46（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 36（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼	院所：_____ 醫師：_____ □預約下次回診時間：__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：
__年__月__日	16（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 26（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 46（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼 36（IC　）：狀況代碼 ／ 處置/評估代碼	院所：_____ 醫師：_____ □預約下次回診時間：__年__月__日 □已提供下列衛教指導 □其他建議：

填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼

- 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)

(2)處置代碼

S：施作 sealant
N：未施作 sealant

(3)評估代碼

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

(4)施作窩溝封劑之 Indications

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。

(5)口腔保健衛教指導

- □ 睡前一定要刷牙；一天用含氟牙膏至少刷牙兩次
- □ 使用牙線潔牙，每天至少一次
- □ 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果
- □ 配合學校每週使用一次含氟漱口水
- □ 每半年一次看牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟
- □ 照護者教導、監督幼兒的刷牙動作

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 提交附件專用章

附錄 2-4

國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】執行表

學校名稱：_____小學 班級：___年___班 院所名稱及代號：_____

編號	學童姓名	生日(年/月/日)	性別	牙齒狀況與處置方式（請見「填寫之代碼與說明」）								服務醫師簽名	施作日期(年月日)	醫令代碼
				16（IC○○）		26（IC○○）		36（IC○○）		46（IC○○）				
				狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼			
範例	陳 x 國	96/12/01	男	1	N	2	S	5	S	7	N		103/12/20	8B、8C

（一）填寫之代碼與說明：學生基本資料請學校填寫，餘由施作醫師填寫。

(1)牙齒狀況代碼	(2)處置代碼
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)。 完全萌出：5 完好。 6 已蛀蝕(decayed)。 7 已填補(filled)。 缺牙或已拔除 X (missing)	S：施作 sealant。 N：未施作 sealant。 (3) 窩溝封填評估代碼 a.完整留存 b.部分脫落 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療

（二）施作窩溝封填之 Indications：

☐身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童；

☐國小一、二年級學童其「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。

（三）施作設備(請✓選)：☐牙科治療椅 ☐攜帶型牙科治療器具（四）封填後請影印 1 份，學校及牙科醫療院所分別各留存 1 份

學校人員：_____（簽名） 聯絡電話：_____ 學校印章_____

社團法人 醫師公會 發文附件 本周章