



兒童牙齒塗氟保健服務

資料來源：牙醫師公會全國聯合會 李楊鈞醫師

兒童牙齒塗氟保健服務



- 補助對象：
- 未滿6歲兒童，每半年補助一次
- 未滿12歲之低收入戶、身心障礙者、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，每三個月補助一次
- 服務項目包括：
- 牙醫師專業塗氟服務
- 一般性口腔檢查
- 衛生教育
 - ✓餐後潔牙
 - ✓使用適量氟化物
 - ✓定期口腔檢查
 - ✓良好的飲食習慣等

牙醫師至幼兒園/學校塗氟SOP



- 衛生局支援報備
- 填幼兒園/家長同意書(院所可視需要選用)
- 填家長同意書
 - ✓ 氟化物基本常識
 - ✓ 兒童口腔保健方式
 - ✓ 提醒家長塗氟當日帶健保卡
- 至幼兒園/學校塗氟
 - ✓ 教保人員/老師/護理師衛教指導
 - ✓ 健保IC卡過卡作業
 - ✓ 一般口檢含塗氟後說明
 - ✓ 塗氟過程需遵從感染管制相關規範
 - ✓ 填寫社區巡迴服務回覆單共三聯
 - ✓ 建議牙醫師每診次每位醫師最高人次以30人為限
 - ✓ 開立收據

家長同意書

【附錄 1-2】

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、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劑均勻塗於牙齒每一牙面上，塗完後 30 分鐘內，不可以吃東西，以使氟劑附於牙面上，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

回覆單

【附錄 1-4】

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 _____

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 _____

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. Fluor 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 _____

第一聯：由學生家長留存

第二聯：由幼兒園/學校留存

第三聯：由醫師帶回診所留存(抽審時隨病歷送審)

1.家長(照顧者)簽具同意書後進行塗氟施作

公
版

【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)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(半年內未塗氟過)、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

◎學校名稱： 下潭國小 ◎班級： 年 大 班

◎學生姓名： ◎生日： 年 月 日

◎治療日期： 年 月 日 ◎性別：☒男 ☐女

一、☒我願意 ☐我不願意我的小孩參加學校所有口腔治療計畫。

二、☒我願意 ☐我不願意我的小孩在需要拔牙時同意醫師執行。

三、☒我願意 ☐我不願意我的小孩參與兒童牙齒塗氟保健服務防齲計畫。

四、☒學童有參加健保。

☐學童目前無參加健保，或因故停保。(亦可參加，完全不收費)

*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)

家長簽名： 109 年 4 月 28 日

請您填寫下列回條，並於 110 年 4 月 8 日前交還給老師，謝謝您的合作！

學校班級： 宜蘭縣私立愛貝爾幼兒園 螃蟹 班

◎ 學生姓名： 性別： ☐男 ☒女

◎ 出生年月日： 105 年 9 月 20 日

◎ 請勾選：

一、☒我同意我的小孩，參與「牙醫師至園所塗氟防齲計畫」，於 110 年 4 月 21 日帶健保 IC 卡到園所。(Ps. 4/22 塗氟，健保卡當日歸還。)

二、我不同意我的小孩，參與「牙醫師至園所塗氟防齲計畫」。

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 6 個月後(年 月 日)，將自行前往 牙醫門診塗氟。(若忘記塗氟之時間，塗氟當日亦可攜帶小孩健保卡由老師協助帶至本所確認)

三、☐我不願意讓我的小孩塗氟(因為孩子有特殊體質或其他原因：)。

家長簽章： 110 年 4 月 6 日

2.使用濃度達22600PPM之合格氟漆 (具衛署字號且未過期)

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

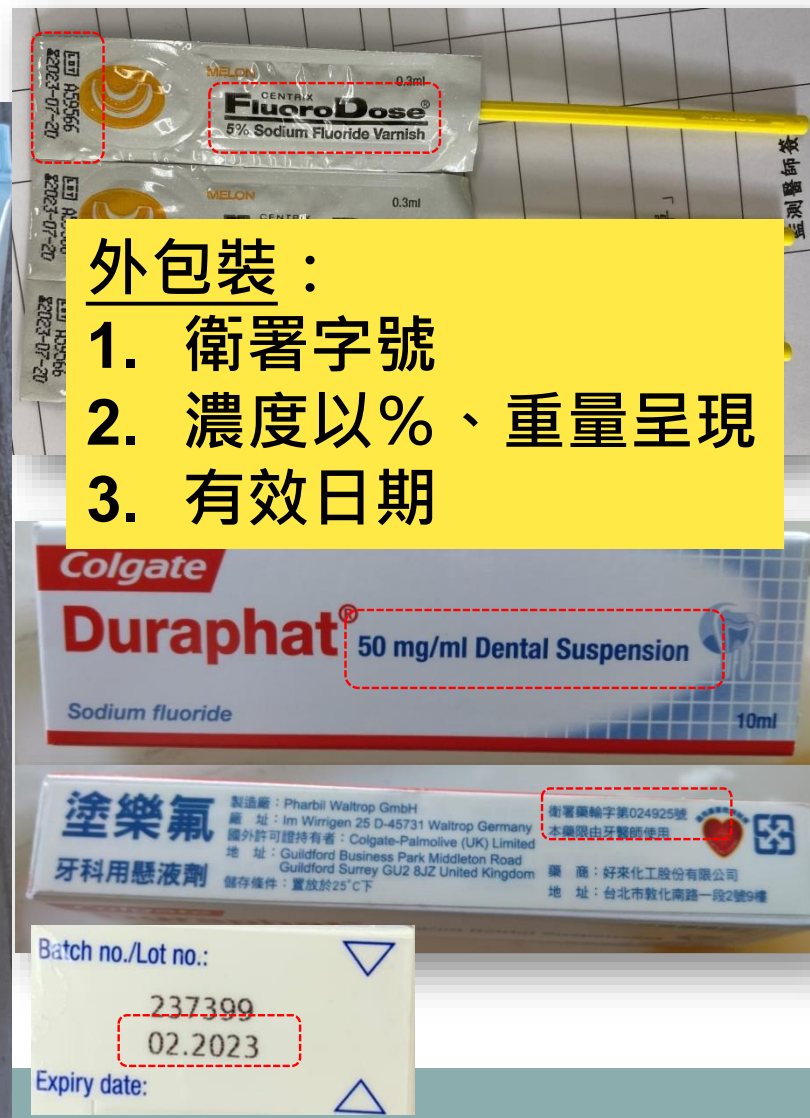
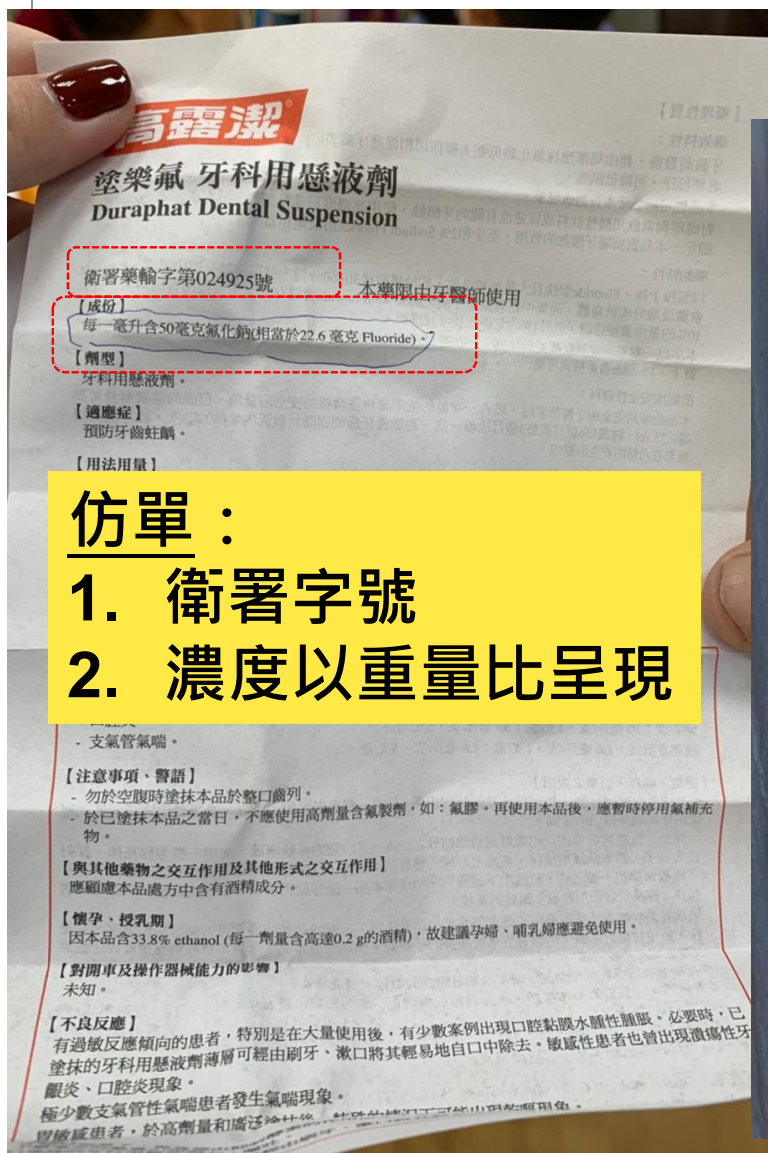
牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟____完成塗氟防齲處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氟漆種類如下：

- ☐ 1. Duraphat Dental Suspension--- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate
- ☐ 2. "Ultradent" Enamelast Fluoride Varnish
- ☐ 3. Profluorid Varnish----- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco
- ☐ 4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Sodium Fluoride)3M ESPE
- ☐ 5. "GERMIPHENE" Flolli Dental Varnish
- ☐ 6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish
- ☐ 7. 其他_____

重點

- 品牌：如上圖公版所示
- 濃度&衛署字號：ppm或重量比顯示於盒上或仿單
- 有效日期：顯示於包裝上，或氟漆管底

- 濃度 & 衛署字號：ppm或重量比顯示於盒上或仿單
- 有效日期：顯示於包裝上，或氟漆管底



外包裝：

1. 衛署字號
2. 濃度以%、重量呈現
3. 有效日期

2-1.含氟量計算方法(PPM→MG)

$$\begin{aligned}\text{ppm (Part Per Million)} &= \text{mg}/1,000,000 \text{ mg} \\ &= \text{mg}/1,000 \text{ g (ml)} = \text{mg/ kg (L)}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}1,000 \text{ ppm F.} &= 1,000 \text{ mg F.}/1000 \text{ g (ml)} \\ &= 1 \text{ mg F./g (ml)}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}22,600\text{ppm F.} &= 22,600 \text{ mg F.}/22,600 \text{ g (ml)} \\ &= \mathbf{22.6 \text{ mg F./g (ml)}}$$

3-1.進行一般性口腔診察

3-2.發現蛀牙提醒兒童或家長(照顧者)前往牙醫院所做進一步診治

公版

【附錄 1-4】

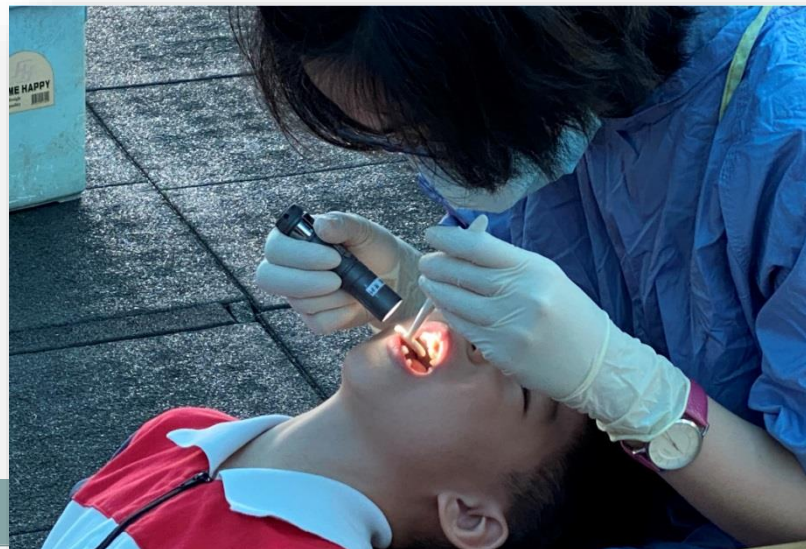
兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單	
牙醫師已於民國____年____月____日，在____(國所/學校)為貴子弟____完成塗氟防齦處理	第一聯：由學生家長留存
氟漆塗完後注意事項： 1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。 2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。	
貴子弟經牙醫師目視檢查判定 ☐ 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康 ☐ 有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治	第二聯：由幼兒園留存
牙醫師	
兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單	
牙醫師已於民國____年____月____日，在____(國所/學校)為貴子弟____完成塗氟防齦處理	第三聯：由醫師帶回診所留存(抽查時隨病歷送寄)
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	
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____(國所/學校)為貴子弟____完成塗氟防齦處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氟漆種類如下： ☐ 1. Duraphat Dental Suspension— 5% Sodium Fluoride(2.28 % Fluoride) Colgate ☐ 2. Standard-Fluor Dental Gel— (2.4% Fluoride) Denmate ☐ 3. Profluorid Varnish— 5% Sodium Fluoride(2.28 % Fluoride) Voco ☐ 4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Sodium Fluoride)3M ESPE ☐ 5. Fluor 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	

1

勾選有無齲齒

2

有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所做進一步診治



其他口檢表範例

校牙醫試辦計畫國民小學口腔健康檢查表

姓名：		性別： ☐ 男 ☐ 女		年級班別：		出生日期：民國 年 月 日																					
年 年 級 齡	一、牙齒狀況															乳牙					恆齒						
	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 6-需小窩裂溝封閉															齲齒顆數 (d)	缺牙顆數 (e)	已填補顆數 (f)	def _t (d+e+f)	健康牙齒顆數	合計牙齒顆數	齲齒顆數 (D))	缺牙顆數 (M)	已填補顆數 (F)	DMFT(D+M+F)	健康牙齒顆數	合計牙齒顆數
一 年 級		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27												
	上	右			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左			上	二、牙菌斑指數 (Plaque index) 0-無或微量；1-中度；2-嚴重								
	下				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				下									
																		其他：									
	47	46	45	44				43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		檢查日期								
																	校牙醫簽章										

4-1.由牙醫師對兒童或家長(照顧者)

口腔衛教指導或提供口腔衛教宣導資料

(包含：氟化物基本知識及兒童口腔保健方式)

公版衛教單張

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、阻斷吮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。

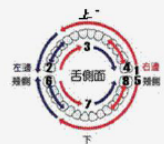
幼兒牙齒長出來後，應每日至少兩次由父母負責潔牙(睡前一定要刷，建議使用含氟牙膏)。為減少蛀牙，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺的習慣。二到三歲的孩子就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前的孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己的牙齒的，因此父母一定要再幫他們刷一次。

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。



個別衛教→

團體衛教↓



4-2.提醒兒童或家長(照顧者)術後半小時內勿飲食及漱口

公
版

【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

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。

4-3. 提醒兒童或家長(照顧者) 術後當天不刷牙，不要食用較 粗糙之食物

【附錄 1-4】

公
版

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____完成塗氟防齦處理	第一聯：由學生家長留存
塗氟完後注意事項： 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	第二聯：由幼兒園/學校留存
牙醫師	
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____完成塗氟防齦處理	第三聯：由醫師帶回診所留存(抽審時隨應送審)
塗氟完後注意事項： 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	

Why?

當天不要刷牙與進食粗糙食物

個別衛教→
團體衛教↓



5-1.塗氟時該部位需隔濕



兩大工具

全程隔濕為塗氟前牙齒表面保持乾燥，
並有棉捲或紗布隔濕。

紗布



氣槍



棉捲



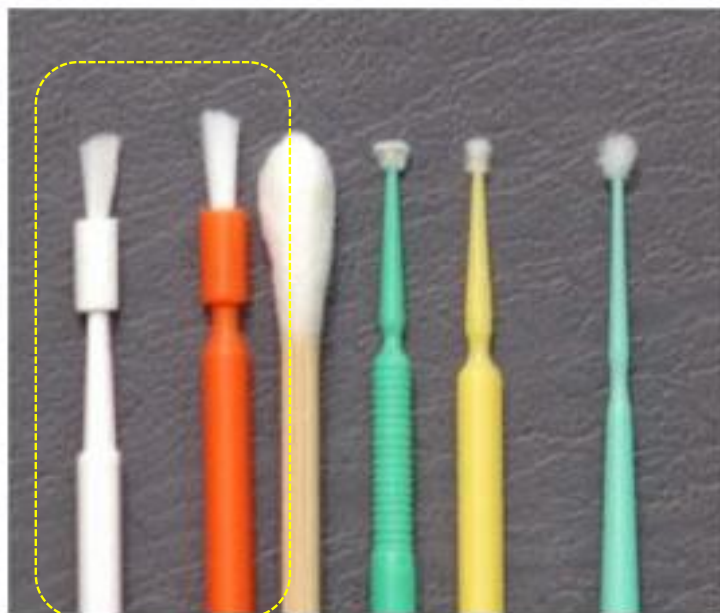
棉捲



5-2. 使用小毛刷塗佈氟漆



各式塗佈工具
以氟漆刷為宜



O O X X X

正確氟漆刷



O

5-3.每位每次適量氟漆使用，避免交叉感染



○ 氟漆應一人一份，單次使用，避免交叉感染
X 氟漆不可一次擠一排



5-4.塗佈氟漆至每顆牙齒每個面 (包含：鄰接面、頰側面、舌側面及咬合面)

鄰
接
面



頰
側
面



舌
側
面



咬
合
面



5-5.確實填寫及留存「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單」



【附錄 1-4】

公
版

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____完成塗氟防齦處理 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____完成塗氟防齦處理 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____完成塗氟防齦處理、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(抽查時隨病歷送審)

5-6. 施作過程遵 從牙醫門診加強 感染管制實施方 案之規範 (包含：手套、個人 專用器械及醫療廢 棄物統一收集帶回)



塗氟過程需遵從感染控制相關規範

- 牙醫師需配戴口罩、手套
- 患者專用個人器械及醫療廢棄物統一收集帶回

20

因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)，請特別留意以下：

- 工作人員或學童有發燒狀況，應避免參與塗氟施作
- 牙醫師應視體液可能噴濺程度，配戴醫用/外科/N95口罩、穿著防水隔離衣(或一般隔離衣外加其他防水衣物)，佩戴護目裝備
- 加強手部衛生與清潔，如：接觸病人前後、脫除個人防護裝備後等