

親愛的家長您好：

國民健康署有補助未滿六歲孩童每半年塗氟一次服務，請您帶您的寶貝前往牙醫院所塗氟時，記得攜帶健保卡、掛號費及回覆單。如您的寶貝已於6個月內塗氟，請直接勾選我的小孩已於6個月內接受過塗氟，並註明下次塗氟時間。

兒童塗氟回覆單		第一聯：由家長留存
_____牙醫診所牙醫師_____ 已於民國____年____月____日，為 貴子弟_____ 完成塗氟防齲處理。於調查時間內如未塗氟，請由家長勾選以下原因： ☐我的小孩已於6個月內接受過塗氟（預計下次塗氟時間：____年____月） ☐我不願意讓我的小孩塗氟 ☐沒時間帶小孩給牙醫師塗氟 ☐害怕氟中毒 ☐刷牙有刷乾淨，所以不需塗氟 ☐不知道政府有提供未滿6歲兒童每半年免費塗氟服務 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，請作進一步診治		
_____牙醫診所牙醫師_____ 已於民國____年____月____日，為 貴子弟_____ 完成塗氟防齲處理。於調查時間內如未塗氟，請由家長勾選以下原因： ☐我的小孩已於6個月內接受過塗氟（預計下次塗氟時間：____年____月） ☐我不願意讓我的小孩塗氟 ☐沒時間帶小孩給牙醫師塗氟 ☐害怕氟中毒 ☐刷牙有刷乾淨，所以不需塗氟 ☐不知道政府有提供未滿6歲兒童每半年免費塗氟服務 貴子弟經牙醫師檢查判定 ☐無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康 ☐有蛀牙，請作進一步診治		第二聯：由幼兒園留存
_____牙醫診所牙醫師_____ 已於民國____年____月____日，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. 其他_____ 貴子弟經牙醫師檢查判定 ☐無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康 ☐有蛀牙，請作進一步診治		第三聯：由牙醫院所留存