

115 學年度忠義國小學童口腔檢查表

◆班級、座號、姓名： _____ 年 _____ 班 _____ 號，姓名 _____ (請寫新的班級座號)

請家長可以預先安排孩子口腔檢查時間，於 115/12/11(五)前帶孩子至牙醫院所檢查口腔狀況，並由醫師填寫此單張後，交回給導師，感謝您。

醫生初檢結果： 恆牙第一大臼齒窩溝封填： 有施作 ☐ 16 ☐ 26 ☐ 46 ☐ 36 ☐ 正常 ☐ 齲齒 (C) ☐ 缺牙 (X) ☐ 咬合不正 ☐ 待拔除：因齲齒造成殘根 (/) ☐ 乳牙待拔 (h) ☐ 牙齦炎 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 阻生齒 (φ) ☐ 贅生牙 (Sp.) ☐ 其他	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	c-齲齒			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上 右 左 下		
	X-缺牙															
	/-待拔除															
	△-已矯治															
	h-乳牙待拔			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
φ-阻生齒																
Sp. 贅生牙																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

醫師矯治結果 (請勾選)

牙齒狀況 (齲齒)	☐ 已矯治完畢 ☐ 矯治中 ☐ 暫無需矯治 ☐ 未矯治
待拔牙	☐ 已矯治完畢 ☐ 矯治中 ☐ 暫無需矯治 ☐ 未矯治
咬合狀況	☐ 已矯治完畢 ☐ 矯治中 ☐ 暫無需矯治 ☐ 未矯治
牙週狀況	☐ 已矯治完畢 ☐ 矯治中 ☐ 暫無需矯治 ☐ 未矯治
口腔衛生不良	☐ 已矯治完畢 ☐ 矯治中 ☐ 暫無需矯治 ☐ 未矯治
其他	☐ 已矯治完畢 ☐ 矯治中 ☐ 暫無需矯治 ☐ 未矯治

醫療院所簽章：

就醫日期：

醫師簽章：

家長簽章：

口腔保健小叮嚀：1. 每 3-6 個月至牙醫院所口腔檢查。

2. 餐後及睡前用使用 1000ppm 含氟牙膏及搭配正確潔牙方式，能有效預防齲齒的發生。

3. 每天使用牙線清潔齒縫間的牙菌斑。

4. 均衡飲食習慣-少吃甜食及含糖飲料。

5. 第一大臼齒窩溝封填(共 4 顆)-111/09/01 全面補助 6 歲至 12 歲(施作年齡條件：72 個月 ≤ 就醫年月-出生年月 ≤ 144 個月)學童施作恆牙第一大臼齒窩溝封填，補助方法：持健保卡到健保特約院所。