

國小學童含氟漱口水防齲計畫

家長同意書

親愛的家長您好：

兒童的口腔健康狀況不僅會影響其咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來的生長及發育，需要特別重視。歐美於學校實施含氟漱口水計畫已行之有年，台灣自民國 88 年開始正式推廣，並經證實對齲齒之預防頗具成效，2012 年至 2020 年間，12 歲學童恆齒齲齒顆數由 2.5 顆降到 2.01 顆；2011 年至 2018 年間，6 歲學童乳齒齲齒顆數由 5.44 顆降到 3.44 顆。

為促進兒童口腔健康，衛生福利部運用菸品健康福利捐與各縣市牙醫師公會及學校合作，辦理「國小學童含氟漱口水防齲計畫」，在學期中提供全國國小學童，於學校的校護、老師及指導牙醫師督導下，每週一次以 0.2% 的氟化鈉(約 900ppm 含氟濃度)之含氟漱口水充分漱口一分鐘，以預防齲齒，含氟漱口水請長期(至少二年)定時使用，效果才會顯著。

本計畫的進行對於兒童口腔保健非常重要，參加者完全不需繳費，我們期望您能同意讓貴子弟參與這項口腔保健方案，若有特殊情況可隨時終止參與本計畫。此外，貴子弟仍應減少零食的攝取，養成每天至少兩次使用 1,000ppm 以上含氟牙膏刷牙並使用牙線的良好潔牙習慣，並定期接受牙醫師的診治，以確保貴子弟的口腔健康。

本漱口水無酒精及薄荷配方，請安心使用。

請您填寫回條後，由貴子弟交給導師。

謝謝您的合作

衛生福利部

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

敬啟

家長回條

☐ 我同意我的小孩參加學校漱口水計畫

☐ 我不同意我的小孩參加學校漱口水計畫

原因(請簡述)：_____

您是學生的 ☐ 父親 ☐ 母親 ☐ 祖父母 ☐ 其他_____

學生姓名：_____就讀_____國小_____年_____班_____號

家長簽名：_____

日期：113 年_____月_____日

本方案由衛生福利部運用菸品健康福利捐支應

臺北市國小新生預防接種調查表

親愛的家長，您好：

為保護您孩子的健康，請記得於開學時將預防接種時程及紀錄表（或有關之接種證明）影本，併同填妥之本調查表繳交學校，學校與衛生機關會核對並通知需進行補種之國小新生。

臺北市政府衛生局 敬上

【基本資料】(必填)

_____國民小學，_____年_____班，座號：_____ 性別：_____

學生姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日 身分證字號：_____

家長姓名稱謂：(父、母) _____、(父、母) _____、(監護人) _____

連絡電話：(宅) _____、(公司) _____

手機：(父、母) _____、(父、母) _____、(監護人) _____

電子郵件：_____

戶籍住址：_____縣_____市_____區(鄉)_____鎮(市)_____村里_____街_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

現在地址：_____縣_____市_____區(鄉)_____鎮(市)_____村里_____街_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

☐ (同戶籍地址打勾免填)

【預防接種紀錄】

(※請於虛線內浮貼預防接種時程及紀錄表影印本)

備註：若預防接種紀錄遺失申請補發請至轄內之各健康服務中心(不限戶籍地)，外縣市亦可就近至所轄衛生所，申請預防接種時程及紀錄表。

家長簽章(請簽全名)：_____

填表日期_____年_____月_____日

臺北市國語實驗國民小學 113 學年度學生健康調查表

____年____班____號 姓名：____ 出生日期：____年____月____日 血型：____

緊急聯絡人 1：____ 電話：____

緊急聯絡人 2：____ 電話：____

親愛的家長，您好：

在子女的成長過程中，看著孩子健康快樂的長大，是為人父母最大的喜悅，在邁入 21 世紀後，孩子所面臨的競爭會愈加激烈，因此，為面對以後來自各方的挑戰，擁有健康的身體將更為重要，而擁有良好的體適能，須養成規律的運動習慣，即為身體健康的最佳基石，更是邁向成功之路的必備要件。

孩子們的健康，非常需要家長您的關心，在此懇切希望您能一起來支持與關懷孩子健康體適能的活動。謝謝您！

個人疾病史：（請在適合的 ☐ 內打 V） ☐ 無

☐ 1. 心臟病 ☐ 2. 糖尿病 ☐ 3. 腎臟病 ☐ 4. 血友病 ☐ 5. 蠶豆症

☐ 6. 肺結核 ☐ 7. 氣喘 ☐ 8. 肝炎 ☐ 9. 癲癇症 ☐ 10. 腦炎

☐ 11. 疝氣 ☐ 12. 過敏物質：____

☐ 13. 重大手術：____

☐ 14. 罕見疾病：____

☐ 15. 海洋性貧血 ☐ 16. 紅斑性狼瘡 ☐ 17. 關節炎

☐ 18. 心理或精神性疾病：____

☐ 19. 癌症疾病：____ ☐ 20. 其他：____

特殊疾病現況或應注意事項

（請在適合的選項中填寫或打✓）

☐ 詳如病例附件

☐ 簡述如下：

☐ 領有重大傷病證明卡，類別____

☐ 領有身心障礙手冊，類別____ 等級：☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度

- 教育部鼓勵學校積極推動學生之健康與體育教學，使學生及早養成健康的生活型態及規律的運動習慣，提升學生體適能並促進全人健康。每學年度實施體適能檢測一次，協助學生、家長瞭解學生體適能情況，並提供適當運動處方，以提升學生體適能。

（體適能檢測項目：坐姿體前彎、立定跳遠、仰臥捲腹、耐力折返跑）

家長或監護人簽名：____

學務處體育組、健康中心

◇ 請各班體育股長收齊後，交予該班體育老師。

