

宜蘭縣立員山國民中學

100 學年度牙醫醫療資源缺乏地區改善計畫

- 一、計畫緣由：本校因屬偏遠地區學校，地區醫療極為缺乏，為照護本校學生配合「宜蘭縣牙醫醫療資源缺乏地區改善方案巡迴醫療計畫」，辦理學生牙齒保健，治療等，以維護學生身心健康。
- 二、計畫時間：自 100.10.14 起至 101.01.13 止。
- 三、計畫目的：依據衛醫字第 0950014098 號函辦理。配合「宜蘭縣牙醫醫療資源缺乏地區改善方案巡迴醫療計畫」安排學校課程進行醫療、保健、衛教及治療等醫療業務，執行全校學生口腔健康檢查、治療，確保因偏遠地區學生醫療之缺乏，達到預防保健之目的。
- 四、計畫經費：
 - 執行新生口腔檢查之費用---由教育部支付。
 - 執行全校口腔治療之費用---由健康保險局支付。
 - 學生掛號費---由治療牙醫師自行吸收。
 - 餘不足部份由牙醫公會自行吸收。
- 五、本計畫實施奉機關首長簽准後實施，修正亦同。

承辦人：

學務處主任：

校長：

衛生組長：

宜蘭縣牙醫師公會巡迴醫療服務計畫

家長通知單

親愛的家長：

宜蘭縣政府衛生局、中央健康保險局、宜蘭縣牙醫師公會與學校合作，提供學生口腔內蛀牙治療計畫。國內學生齲齒率偏高，根據最近的調查顯示，六歲孩童有九成以上罹患蛀牙，對學生之口腔健康、生長發育均有莫大的影響，且對往後成年造成更多的痛苦與花費。此次參加受檢的對象是所有的學生，將由牙醫師公會派遣牙醫師至學校為學生做齲齒治療，所有費用由**中央健康保險局及牙醫師公會負擔**。

本計畫的進行對於學生口腔的保健非常重要，而且有益處，參加者完全出於自願且**不必繳費**，但須用**健保 IC 卡**，期望您能讓貴子弟參與這個有意義的口腔治療計畫。不過日常生活中，仍提醒貴子弟養成飯後、睡前使用牙刷的良好口腔潔牙習慣，並每半年至一年定期接受牙醫師診治，以確保貴子弟的口腔健康。

請您填寫下列的回條，並由貴子弟交給導師。謝謝您的合作！

志超牙醫診所 9354575
聯絡電話：美佳牙醫診所 9283959
大統牙醫診所 9331195

宜蘭縣政府衛生局
宜蘭縣立員山國中 **敬邀**
宜蘭縣牙醫師公會

請 沿 線 撕 下

學生口腔內蛀牙治療計畫意願調查表回條

1. 學生接受治療

願 意

不 願 意

2. 學生具有健保身份

是

否

宜蘭縣立員山國民中學

學生姓名：_____，_____年_____班_____號

家長姓名：_____

宜蘭縣立員山國民中學 100 學年度口腔保健執行成果

特教班學生進行牙醫治療



特教班學生進行牙醫治療



一年級學生進行牙醫治療



一年級學生進行牙醫治療



一年級學生進行牙醫治療



一年級學生進行牙醫治療

