

## 幼前/啟蒙計畫的牙科同意書

Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS)  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

## 說明

當孩子在學校註冊時，學校保健人員會審查學生的保健資料，包括牙齒保健。如果發現有健康問題，學校保健人員會協助學生和家長/監護人尋求適當的保健服務，包括牙齒保健。

請填妥這份表格的第I和第II部分，然後請孩子的牙醫或牙科清潔師填妥表格的第III部分並簽名(如果您的孩子沒有牙醫/牙科清潔師，請不要填寫這一部分)。請把填妥的表格交回給孩子所在學校的保健室。

在就讀幼前/啟蒙計畫期間，所有孩子將接受牙齒清潔師用牙科鏡進行的篩查/檢查。如果篩查顯示需要牙科治療，牙齒清潔師將通知家長/監護人。牙齒清潔師將協助家長/監護人尋找牙科治療。如果您有任何問題，請致電240-777-1645與DHHS保健服務協調員聯繫。

## 第I部分: 由家長/監護人填寫

學生姓名	學生ID	
學校名稱	出生日期	年級

## 第II部分: 由家長/監護人填寫

請勾選下面的“是”或“否”空格。請注意，牙科篩查/檢查、刷牙和氟化鈉塗膜治療將由牙科清潔師在課堂上進行。

我同意對我的孩子進行牙科篩查  是  否

我同意由牙科清潔師給我的孩子刷牙  是  否

我同意DHHS向我孩子的牙醫/牙科清潔師核實治療  是  否

我同意讓我的孩子接受氟化鈉塗膜治療(提供給啟蒙計畫學生，也許會提供給全天幼前計畫的學生)  是  否

您的孩子是否有以下任何症狀? 請在下面勾選“是”或“否”:

過敏(食物、昆蟲、藥物、乳膠、季節性)  是  否

(請注意，如果您的孩子確有過敏問題，還應當在本資料中提供的MCPS表格565-1和MCPS表格525-13或525-14中進行說明)。

牙醫/牙科清潔師姓名 \_\_\_\_\_

電話號碼# \_\_\_\_\_ 最後一次看牙醫的日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

您的孩子是否有醫療協助/保險/Care for Kids/私人健康保險?  是  否

## 第III部分: 家長/監護人授權

我明白，在這份表格上陳述的信息將被當作保密信息處理。

家長/監護人姓名 \_\_\_\_\_

家長/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

請把這份表格交回給孩子所在學校的保健室。