

桃園市 111 年兒童整合性健康服務勞務採購案(含補檢)通知單 及資料提供同意書

親愛的家長您好

桃園市政府衛生局於 111 年__月__日(星期__)時間:_____

安排專業醫療團隊到幼兒園(名稱)_____ 社區(地址)_____

為小寶貝進行兒童整合性健康服務檢查項目包括視力、聽力檢查及身體檢查：

1. 身體檢查項目包含視力、聽力、口腔檢查、體格生長、發展、眼睛、耳鼻喉、頭頸部、腹部、泌尿生殖、脊柱四肢、皮膚、檢查等。
2. 牙齒塗氟服務對象：未滿 6 歲兒童且與前一次塗氟日期相隔半年。
3. 健康檢查當天請兒童準時到校，以確保小寶貝的權益哦！

如檢查當日請假或因故未受檢，請接受補檢，請於

111 年__月__日(星期__)時間_____地點_____接受補檢

◎ 愛的叮嚀：

- 因身體檢查項目包括泌尿生殖檢查(男童檢查隱罩、疝氣、陰囊腫大及包皮異常，女童檢查腹股溝疝氣)項目，請家長勾選是否同意您的子女受檢，請簽名後，於 111 年__月__日(星期__)前繳回班級老師，社區檢查交檢查醫療團隊。

※請家長務必完成紅框內各項勾選，未勾選等於不同意

，請家長配合醫師建議事項，作豐健康，謝謝您！



桃園市 111 年度兒童整合性健康服務資料提供同意書回條

我同意 或 我不同意 由衛生局協助安排醫療團隊到園所為貴子女進行「兒童整合性健康服務」。

我同意 或 我不同意 接受泌尿生殖(疝氣、隱罩)等檢查項目

我同意我的小孩，接受本次牙齒塗氟，於__月__日帶健保 IC 卡到幼兒園或指定社區地點。

我不同意我的小孩，接受本次牙齒塗氟。

1. 由家長自行前往牙醫門診塗氟。

2. 我的小孩已於__年__月__日接受過塗氟服務，預計於半年後(__年__月__日)，將自行前往牙醫門診塗氟。

3. 因為孩子有特殊體質或其他原因：_____。

*我了解當日若經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟，或健保 IC 卡經刷卡後發現已於半年內執行過塗氟或超過 72 月齡，則無法提供本項服務。

我同意 或 我不同意 提供健康檢查結果作為本市兒童健康情形調查之用

說明：為瞭解本市學齡前兒童健康情形及變化，敬請貴家長同意提供貴子女健康檢查結果，供本市學齡前兒童健康情形研究及檔案串聯之用。本資料將僅作公共衛生調查及政策效益分析之用，不對外公開。如發表研究時亦以匿名方式及整體研究結果呈現。如您不同意，本局將不會使用貴子女健康檢查結果報告，進行研究及檔案串聯，不影響您與貴子女相關權益。

貴子女姓名：_____家長簽章：_____ (簽章)日期：_____

範
本

※要塗氟請攜帶健保卡