**牙科檢查治療同意書 (此張需交回健康中心)**

為關心貴子弟口腔健康，學校將由牙醫師公會派任牙科醫師到校為學生做口腔檢查與治療。並依據教育部國民及學前教育署來函，國立特殊教育學校辦理身心障礙學童接受牙科醫療服務，均需事先徵得其家長、監護人或法定代理人同意，並由其提供學童健保卡及相關資料，如**未同意學童接受此服務者，則無需提供健保卡及相關資料**。

請您填寫以下資料 ：

**班級：**

**學生姓名:**

**□同意在校接受檢查並接受治療(提供健保卡及相關資料，不收任何費用)**

* **已有定期看診追蹤，不同意在校接受檢查及治療**

**家長簽章：**

**日期： 年 月 日**

**備註：**

1. **此次調查後將存檔於健康中心，做為日後醫療之依據，並延用至貴子弟畢業，**

**往後新學期開始將不再重新調查**，所以請家長慎重決定，並請與學校護理師保持聯絡

貴子弟之健康狀況，謝謝合作！

**2.請於 年 月 日前交予導師，逾期未繳回或未簽名蓋章將視為不同意檢查及治療。**

**3.同意看診的學生請繳交身心障礙證明正反面影本一份予導師，如看診期間證明過期將重新收取更新資料。**