

参考資料記入例

(保育所(園)・幼稚園版)

1. フッ化物洗口の申し込みについて（お知らせ・同意書）
2. フッ化物洗口指示書
3. フッ化物洗口処方指示書（薬局向け・歯科材料店向け）
4. フッ化物洗口薬剤出納簿

申込書(同意書)の参考例

保護者へ書類を渡す
日にちを記載します。

→ 令和3年6月4日

保護者各位

所(園)名 ○ ○ ○ ○
所(園)長名 ○ ○ ○ ○
園歯科医 ○ ○ ○ ○

フッ化物洗口の申し込みについて (お知らせ)

むし歯はほとんどの人が経験する疾患です。一度できてしまったむし歯は決して元の健康な歯に戻ることはないため、発生しやすい時期にしっかり予防しておくことが大切です。

長崎県や佐世保市では、むし歯予防対策として歯みがきや甘味の適正摂取とあわせ、フッ化物洗口を推進しています。

当保育所(園)でも子どもたちの歯質を強くしてむし歯から守りたいと考え、保育所(園)において安全で効果の高いむし歯予防法であるフッ化物洗口を実施します。

希望される方は、別紙の「フッ化物洗口申込書」を当保育所(園)へご提出ください。

なお、次年度も当保育所(園)に在所(園)在定の園児につきましては、引き続きフッ化物洗口の実施を行うものとして、卒園までの申込書といたします。

また、申し込み後の取り止めや追加申し込みについては、いつでも受け付けています。

記

園歯科医の指示により「ml」及び「秒間」の数字は変わります。

1. 内容 毎日法フッ化物洗口液 **7** ml で **30** 秒間ブクブクうがいをする
2. 対象 年中児・年長児 (4歳児以上の園児)
3. 費用 無料
4. 「フッ化物洗口申込書」提出期限 **6月30日**

以上

フッ化物洗口申込書

保護者が書類を提出する
日にちを記入します。

→ 令和3年6月4日

○ ○ ○ ○ 長 様

フッ化物洗口について同意し、○ ○ 保育所（園）に在籍する期間のフッ化物洗口について、以下のとおり申し込みます。

※どちらかを○で囲んでください。

1. フッ化物洗口を希望します。

2. フッ化物洗口を希望しません。

_____ 組

園児氏名 _____

保護者氏名 _____

← 押印は無くてもかまいません。

※フッ化物洗口については、保護者のお申し出により、取り止めもしくは開始することができます。

申込内容を変更したい場合は、いつでもお申し出ください。

○ ○ ○ ○ 所（園）殿

園歯科医が所（園）に指示書を出す日にちを記入します。

指示書の参考例

年 月 日

フッ化物洗口指示書

園歯科医にどちらかに
○をつけてもらいます

フッ化物洗口剤（商品名：ミラノール顆粒 11%もしくはオラブリス）の使用方法に準じて、
薬剤 1 包（ミラノール 1.0 g・オラブリス 1.5 g）を、水道水（200 ml）に溶解し、フッ素イオン濃度（250 ppm）のフッ化ナトリウム水溶液を作成し、ぶくぶくうがい出来る園児 1 人につき、週 5 回、7 ml のフッ化物洗口液を用いて、30 秒間洗口させてください。

フッ化物洗口後 30 分間は、飲食やうがいを避けること。

保育所（園） 歯科医名

住所

氏名

印

処方指示書の参考例

所（園）名 ○ ○ ○ ○

年 月 日

○ ○ ○ 薬局 様
○ ○ ○ 歯科材料店 様

薬剤を購入する時に園歯科医が記入します。
購入先は歯科医師と相談してください。

フッ化物洗口処方指示書

○ ○所（園）では、週5回法で園児20名に対して、フッ化物洗口を行うので、フッ化物洗口薬剤として（商品名：ミラノール顆粒11%もしくはオラブリス）を（ミラノール顆粒1.0g・オラブリス1.5g）、12ヶ月分140包、○ ○所（園）へ渡して下さい。

薬剤の量については「フッ化物洗口マニュアル」5ページを参照してください。
薬剤の購入量は、1年分と決まってはいません。
薬剤管理の状況によって、園歯科医と相談してください。

保育所（園） 歯科医名

住所

氏名

印

添付書類は「フッ化物指示書」のことです。
コピーの添付で構いません。

添付書類：園歯科医師から ○ ○ 所（園）長あての指示書の写し

