

# 佐世保市フッ化物洗口推進事業に関する調査

- ・ 令和8年3月1日現在の状況をご回答ください。
- ・ 回答欄の枠内に記入していただき、選択制の問いについては、該当するものをひとつを選択し「✓」をつけてください。
- ・ 回答された内容について、詳しいことをご尋ねすることがあります。その際はお手数ですがご協力ください。
- ・ ご回答いただいた内容は長崎県からの照会回答、及び本市の施策推進のために利用いたします。

## 問1 施設名称

## 問2 施設種別

- 幼稚園(学校教育法)
- 幼稚園型認定こども園
- 幼保連携型認定こども園
- 保育所(児童福祉法)
- 保育所型認定こども園
- その他

## 問3 電話番号

## 問4 ファックス番号

## 問5 メールアドレス

## 問6 [令和7年度]在籍園児数【年中児(4歳児)】

人

## 問7 [令和7年度]在籍園児数【年長児(5歳児)】

人

## 問8 園(嘱託)歯科医師名

健診やフッ化物洗口にかかる処方指示を行う歯科医師の氏名を記入してください。

## 問9 [令和7年度]フッ化物洗口の実施状況について

- 実施している
- 実施していない → 問10へ

→ 令和6年度フッ化物洗口を「実施している」場合は、問9-1～問9-13にもご回答ください

### 問9-1 担当者の職名

フッ化物洗口実施にかかる薬剤の管理、調整、指導を行う担当者の職名を記入してください。

### 問9-2 担当者氏名

フッ化物洗口実施にかかる薬剤の管理、調整、指導を行う担当者の氏名を記入してください。

### 問9-3 [令和7年度]保護者への説明

フッ化物洗口実施にあたって保護者への説明の実施(継続実施の場合は文書による場合を含む)状況についてお答えください。

- 説明実施済み
- 実施していない

### 問9-4 [令和7年度]保護者への意思確認

- 意思確認済み
- 意思未確認

### 問9-5 [令和7年度]実施者数(人)【年中児(4歳児)】

人

### 問9-6 [令和7年度]実施者数【年長児(5歳児)】

人

問9-7 [令和7年度]使用薬剤

フッ化物洗口に使用している薬剤についてお答えください。

- ミラノール顆粒11%1.0g(黄色の分包)
- ミラノール顆粒11%1.8g(ピンク色の分包)
- オラブリス洗口用顆粒11%1.5g(青色の分包)

問9-8 [令和7年度]薬剤の使用実績(見込)数

薬剤出納簿により令和7年4月から令和8年3月末までの使用実績(見込)数を記入してください。

包

問9-9 [令和7年度]薬剤費の購入実績(見込)額(税込額)

円

問9-10 [令和7年度]溶解瓶の購入実績(見込)数量

購入実績がない場合は「0(ゼロ)」と記入してください。

個

問9-11 [令和7年度]溶解瓶購入実績(見込)額(税込額)

購入実績がない場合は「0(ゼロ)」と記入してください。

円

問9-12 [令和7年度]洗口用ポリコップ購入実績(見込)数量

購入実績がない場合は「0(ゼロ)」と記入してください。

※ポリコップに限ります。

個

問9-13 [令和7年度]ポリコップ購入実績(見込)額(税込額)

購入実績がない場合は「0(ゼロ)」と記入してください。

※ポリコップに限ります。

円

令和8年度の予定について

問10 【令和8年度】フッ化物洗口の実施予定について

- 実施予定
- 実施しない ➡ 回答は以上です。
- 未定 ➡ 回答は以上です。

➡令和8年度フッ化物洗口を「実施予定」の場合は、開始予定月についてもご回答ください

問10-1 【令和8年度】フッ化物洗口開始予定月

月

令和8年3月10日(火曜日)までにFAX(24-1346)によりご回答ください。