年 月 日

　○○小学校　保護者　様

○○市長　○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○校長　○○○○○○

フッ化物洗口実施について（希望調査）

　本日、保護者説明会を開催しましたフッ化物洗口の実施につきまして、次のとおり実施しますので、下記により希望調査書の提出をお願いします。

　これは、子どもたちの健康な歯の育成のために、地元歯科医師会の御指導と県の支援により、町の保健事業として実施するものです。

　フッ化物洗口は、安全性や予防効果に優れた永久歯のむし歯予防方法です。是非とも多くの方の御参加をお願いいたします。

記

１　実施方法　　フッ化物洗口剤ミラノール顆粒（又はオラブリス）○％（○g）を水に溶かした洗口液で、週１回、１分間の「ブクブクうがい」をします。

２　開始予定　　○○○○年○○月

３　実施日時　　毎週　　○　曜日　　各学級毎に実施

４　費　　用　　無料　（全額公費負担）

５　申 込 み　　 実施にあたり、下記の希望調査書を御記入のうえ、○月○日（○）までに、学級担任に提出してください。

（希望しない方も必ず提出してください）

きりとりせん

**フッ化物洗口希望調査書**

※該当する番号に○をつけてください ｡

**フッ化物洗口事業に参加することを　　　１　希望します**

**２　希望しません**

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　年　　　組　　児童氏名

保護者氏名

　　　　　　　※押印は不要です

指　示　書

　　　　　　　○○学校長（様）

　　別添名簿の児童生徒（園児）を対象にフッ化物洗口液１回分（１週間分）として

　　水○○リットルにフッ化物洗口薬剤ミラノール（又はオラブリス）○○グラムを

　　溶かして○○％のフッ化ナトリウム水溶液（フッ化物イオン濃度○○○ｐｐｍ）を

　　作成し、　○年○月から　○年○月まで、児童生徒（園児）１人につき、

　　○○ｍｌのフッ化物洗口液を用いて、週○回　○分間（○○秒間）洗口させること。

　　　フッ化物洗口後３０分間はうがいや飲食を避けること。

　　＜全体必要量＞

１包○○グラムのミラノール（又はオラブリス）　○○包×○○週＝○○○○包

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当歯科医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

薬剤管理簿

１回分の量　ミラノール（又はオラブリス）○g包（○○の袋)　×○袋

施設名 　　 ○○学校

管理者

　　　　年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 日 | 受入量 | 受渡者 | 使用量 | 希釈量  （mL） | 残量 | 取扱者 | 備考 |
| ○／○ | ○g×○包 | （氏名）  ○○ |  |  |  |  | （氏名）  ○○受取 |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |  |