

年 月 日

〇〇小学校 保護者 様

〇〇市長 ○○○○○○

〇〇校長 ○○○○○○

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）〇%（〇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、〇月〇日（〇）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

※該当する番号に〇をつけてください。

- 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

〇〇学校長（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
水〇〇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）〇〇グラムを
溶かして〇〇%のフッ化ナトリウム水溶液（フッ化物イオン濃度〇〇〇ppm）を
作成し、〇年〇月から〇年〇月まで、児童生徒（園児）1人につき、
〇〇mlのフッ化物洗口液を用いて、週〇回 〇分間（〇〇秒間）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包〇〇グラムのミラノール（又はオラブリス） 〇〇包×〇〇週=〇〇〇〇包

年 月 日

担当歯科医師

住所

氏名

印

