＜様式１＞

平成 年 月 日

保護者　各位

○○○○学校

校 長 ○○ ○○

**フッ化物洗口の申込（希望調査）について**

むし歯は子どものかかる病気の中で最も多いものです。むし歯予防のために小（中）学校でも歯磨き指導、甘味指導といった対策を実施してきましたが、むし歯はなかなか減少しません。

そこで、子どもたちの歯の質を強くし、むし歯から守るために、○○市・町・村（又は○○市・町・村教育委員会）として、フッ化物洗口を行うこととなりました。フッ化物洗口は、世界の多くの専門機関も認める安全で効果の高いむし歯予防方法です。国や県では、むし歯予防対策として、歯磨き、甘味の適正摂取と併せて、フッ化物洗口を推奨しています。

つきましては、当小（中）学校においても下記のとおり実施することとしましたので、希望の有無について、別紙「フッ化物洗口申込書（希望確認書）」により、学校に提出してください。

また、申し込み後の取りやめや追加の申込みについては、いつでもできます。

記

１ 内 　容 　 フッ化物洗口液で週１回、１分間うがいをする。

２ 実施主体　 ○○市町村（又は○○市・町・村教育委員会）

３ 対 　象 　 希望する児童（生徒）

４ 開始時期 　平成 　年 　月

５ 費 　用 　 無料（保護者の方の負担はありません。）

６ 申し込み 　フッ化物洗口申込書（希望確認書）をご記入の上、平成　 年　 月　日（　 ）までに提出してください。（希望しない方も提出ください。）

＜様式２＞

**フッ化物洗口申込書（希望確認書）**

○○○○学校長 様

※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。

平成　 年　 月　 日

学年・ 組 　　　年　組

児童（生徒）氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

＜様式３＞

**指 示 書**

○○市・町・村 フッ化物洗口事業

平成　 年 　月　 日発行

実施学校名

（平成 　年 　月～平成　 年　 月分）

○○○○学校長 様

フッ化物洗口液１回分として、下記のとおりフッ化ナトリウム０．２％水溶液を 作成し、週１回、児童生徒１人につき、１０ml のフッ化物洗口液を用いて１分間洗口 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。

記



（※記入欄が足りない場合は、別紙でも可）

担当歯科医師

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

＜様式４＞

**フッ化物洗口薬剤出納簿**

平成 年度

学校名

□１回分の薬剤使用量（製品名　　　 ｇ　　 包）

