**年　　月　　日発行**

**フッ化物洗口指示書**

**学校長　　様　　　　　　　　　　　担当歯科医師**

**歯科医院名**

**所在地**

**※毎年度必ず歯科医師が指示書を記入すること**

**氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **実施期間** | **年 　　月　　日 ～　　　　　年　　月　　日** |
| **フッ化物洗口剤** | **□ミラノール顆粒11％****1ｇ　・　1.8ｇ　・　7.2ｇ****□オラブリス洗口用顆粒11％****1.5ｇ　・　6ｇ** |
| **フッ化物洗口液濃度** | **□250ppm　　　□900ppm** |
| **フッ化物洗口液の量・洗口時間** | **1人　　10ml　・　　1分間** |
| **洗口の回数** | **週　　　　　　回****※フッ化物洗口後、30分間はうがいや飲食は避ける****※つくりおく場合のフッ化物洗口液は冷蔵庫で保管し、残った洗口液は1週間で廃棄する****※週1回法で実施の場合、残った洗口液はその都度廃棄する** |

**【学校】　作業用シートになります。必要に応じてご使用ください**

**フッ化物洗口液調製（溶解）用計算シート**

**各クラスの必要量**

**※α＝最後まで適量分注するための洗口液確保**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学年（学級数）** | **実施生徒数** | **必要な洗口液量****（10ml×実施生徒数×洗口の回数）****※****＋α（100ml×使用ボトル数（又はクラス数））** |
| **１年生（　　学級）** | **人** | **10ml ×　　　　人×　　回＝　　　　ml** |
| **２年生（　　学級）** | **人** | **10ml ×　　　　人×　　回＝　　　　ml** |
| **３年生（　　学級）** | **人** | **10ml ×　　　　人×　　回＝　　　　ml** |
| **４年生（　　学級）** | **人** | **10ml ×　　　　人×　　回＝　　　　ml** |
| **５年生（　　学級）** | **人** | **10ml ×　　　　人×　　回＝　　　　ml** |
| **６年生（　　学級）** | **人** | **10ml ×　　　　人×　　回＝　　　　ml** |
|  |  |  |
| **合計****調製（溶解）する洗口液** | **人** | **ml　＋　α（100ml×　　　　本）****※****＝　　　　　　　　　　　　ml****注）洗口薬剤年間購入量に関しては、1回使用量計算後は、購入先にご相談ください** |

**※必要な洗口液量を踏まえ、『【別途表】フッ化物洗口液調製（溶解）資料(P.37)』を参考にしてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **1回使用量** | **を　　　包を使用し、水　　　　　mlで調製** |