

様式2-1【施設用】

フッ化物洗口指示書

【指示書発行日】平成 年 月 日

【フッ化物洗口実施期間】平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 【 回分】

薩摩川内市立 学校長 様

保護者がフッ化物洗口実施希望する児童に対して、

ミラノール顆粒 11% 1.8g (1包) に対して 200mL の水で溶かして、
0.1%のフッ化物ナトリウム水溶液 (フッ素濃度 450ppm) を作製し、週1回、
児童生徒一人につき 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。

貴校の1回あたりの使用包数 _____ 包 (人数: _____ 人分)

学校歯科医師

住 所 _____

氏 名 _____ 印