

1 フッ化物洗口実施前の準備

- | | |
|-----|-----------------|
| 様式1 | アンケート調査票（保護者向け） |
| 様式2 | フッ化物洗口希望調査書 |
| 様式3 | フッ化物洗口申込書 |

2 フッ化物洗口にかかる様式

- | | |
|-------|------------------------------|
| 様式4 | 学校歯科医（嘱託歯科医）から学校長（保育所長）への指示書 |
| 様式5-① | フッ化物洗口剤出納簿 |
| 様式5-② | フッ化物洗口剤出納簿【記載例】 |

3 フッ化物洗口実施チェックリスト

- | | |
|-------|--|
| 様式6-① | フッ化物洗口実施チェックリスト
1. 薬剤・用具等の事前準備
2. フッ化物洗口実施準備(当日) |
| 様式6-② | フッ化物洗口実施チェックリスト
3. フッ化物洗口実施と後片付け
4. その他 |

歯科保健アンケート（保護者向け）

お子さんのクラス（ ）

◆次の質問のあてはまるところを○でかこんでください。

1. お子さんは、むし歯が多いとおもいますか。
(1) 多いと思う (2) 少ないと思う (3) 普通 (4) わからない
2. お子さんのむし歯予防のために、どのようなことを注意していますか。
(1) 歯みがきをしている。
(2) 食後にうがいをしている。
(3) バランスのとれた栄養をとるようにしている。
(4) おやつ回数や量を決めて与えている。
(5) 特に何もしていない。
(6) その他（ ）
3. フッ化物について知っていますか。知っている場合は、どこから知識を得ましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
(1) 初めて聞いた。 (2) 新聞・テレビ等。
(3) 各種の刊行物。 (4) 歯科医師等の専門家から聞いた。
(5) その他（ ）
4. 学校（保育所・幼稚園等）で子どもたちのむし歯予防対策を行うことについて、どう思いますか。
(1) 是非やってほしい。 (2) 必要ないと思う。
(3) どちらでもよい。
(4) その他（ ）
5. 学校（保育所・幼稚園等）でむし歯予防のため、フッ化物洗口を実施する場合、希望しますか。
(1) フッ化物洗口を希望する。
(2) 学校歯科医（嘱託歯科医）の指導に一任する。
(3) わからない。
(4) フッ化物洗口を希望しない。

ご協力ありがとうございました。学校（保育所・幼稚園等）に届けてください。

年 月 日

保護者 様

●●町長 ●● ●●
○○保育所長 ○○ ○○

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いたします。

これは、子どもたちの健康な歯と口の育成のために、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。ぜひ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 : フッ化物洗口剤を水に溶かしたうがい液で、1分間の「ブクブクうがい」を週●回行います。
2. 開始予定 : 年 月
3. 実施日時 : 毎週 ○ ~ ○ 曜日 各クラスごとに実施
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ご記入のうえ、○月○日（○）までに、クラス担任に提出してください。（希望しない方も提出してください。）

----- 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。

フッ素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。

令和 年 月 日

○○○保育所 組

園児氏名

保護者氏名

フッ化物洗口申込書

年 月 日

教育長（市町村）
学校長（保健所長） 様

※どちらかを○でかこんでください。

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。

児童（園児）の所属 _____ 小学校（保育所等）

児童（園児）の学年・氏名 _____ 年 組

保護者氏名 _____

指 示 書

年度フッ化物洗口事業分

（ 年 月 日 発行）

学校長（様）
（保健所長 様）

_____mlの水に、フッ化物洗口剤（ミラノール・オラブリス）_____g _____包
を溶かして、フッ化ナトリウム_____％水溶液を作成し、週_____回、児童（園児）
一人あたり_____ml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。

学校歯科医（嘱託歯科医）

住 所

氏 名

印

（5年間保存）

様式5-① フッ化物洗口剤出納簿

施設名 ()

年度

1回分(1週間分)の量: _____g × _____包

日付	受け入れ量	受渡者印	受取者印	使用料	薬剤No.	残量	洗口液作成者確認印	備考

(5年間保存)

- ※ 薬剤受取時には、包数を確認したうえで、薬剤出納簿に記載・押印すること。
- ※ 薬剤使用時に、その都度残数を確認したうえで、薬剤出納簿に記載・押印すること。

様式5-② フッ化物洗口剤出納簿【記載例】

施設名 ()

年度

1回分(1週間分)の量: _____g×_____包

日付	受け入れ量	受渡者印	受取者印	使用料	薬剤No.	残量	洗口液作成者確認印	備考
4.1	繰り越し					1.5g×12包		
4.6	1.5g×120包					1.5g×132包		
4.23		佐藤	田中	1.5g×6包		1.5g×126包		
5.7				1.5g×6包		1.5g×120包	鈴木	
5.14				1.5g×6包		1.5g×114包	鈴木	
							鈴木	

(5年間保存)

- ※ 薬剤受取時には、包数を確認したうえで、薬剤出納簿に記載・押印すること。
- ※ 薬剤使用時に、その都度残数を確認したうえで、薬剤出納簿に記載・押印すること。

1. 薬剤・用具等の事前準備

1.	学校歯科医（嘱託歯科医）の指示書の年度、薬剤使用量等を確認。	
2.	薬剤出納簿に沿って繰越、残量、受取量等をそれぞれ確認。 ※薬剤受取時に、包数を確認したうえで薬剤出納簿に記載すること。	
3.	フッ化物洗口薬剤は、指示書に基づき、1回に使う包数ごとにまとめ、順に番号をつけて管理する。	
4.	鍵のかかる戸棚、金庫等で薬剤を管理する。 鍵の管理者（ ）	
5.	フッ化物洗口の対象人数、洗口実施（希望）人数、未実施人数等を管理する。 ※必要に応じて申込書等で確認する。	
6.	ポリタンク、ディスペンサー付ボトルに「フッ化物洗口溶液」等と明記する。	
7.	指示書に基づいた水の量を測定し、ポリタンクに油性のペン、またはビニールテープ等で印をつける。 ※実施人数が少なく、1週間分の水の量が600ml以下の場合、ディスペンサー付ボトルに印をつける。	
8.	フッ化物洗口に必要用具を準備する日と、フッ化物洗口を実施する日を決めて、カレンダー等に○をつける。	

2. フッ化物洗口実施準備（当日）

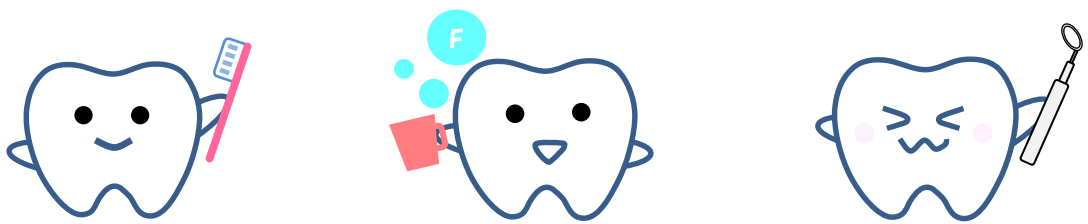
1.	手洗いをし、清潔な環境づくりをする。	
2.	ポリタンク、ディスペンサー付ボトル、コップを人数にあわせて用意する。 ※後片付け用のティッシュ、ビニール袋、もしくはバケツ等も準備する。	
3.	薬剤に記載された番号に注意し、薬品庫から取り出す。	
4.	薬剤出納簿に記載する。 ※薬剤使用時に、残数を確認したうえで薬剤出納簿に記載する。	
5.	指示書に基づき、ポリタンク（またはディスペンサー付ボトル）に定められた量の水を入れる。 ※欠席者が多くても、水と薬剤の量は指示書に基づいて作ること。	
6.	指示書の薬剤量（1週間分）を水に溶かす。ポリタンクを2～3回振り、薬剤が溶けたことを確認する。	
7.	ポリタンクの洗口液をディスペンサー付ボトルに必要量に移す。この時、クラス必要分に、底部に残る100mlを追加して入れる。	
8.	ディスペンサー付ボトルの初回分注分を廃棄し、2回目以降の分注分を使用する。	

3. フッ化物洗口実施と後片付け

1.	各個人にフッ化物洗口液が配付されたかを確認（洗口液が必要量入っているかを確認）。	
2.	担任（保育士）の合図で1分間の洗口を始める。口腔内にまんべんなくいきわたるようにブクブクうがいをする。	
3.	1分間が過ぎたら洗口をやめ、洗口液をコップに吐き出させる。	
4.	職員が個々のコップに洗口液を吐き出したことを確認し、ポリバケツ等に捨てる。紙コップの場合は、口を拭いたティッシュを紙コップに入れ、水分を吸い取らせて捨てる。	
5.	コップを回収する。（紙コップの場合は、ごみ袋に入れて回収する。）	
6.	洗口後30分間はうがいや飲食をしないよう注意する。	
7.	フッ化物洗口に使用し、空になったポリタンク、ディスペンサー付ボトルは清潔な流水により十分洗浄し、水を切り、よく乾燥させておく。	
8.	ポリコップは、5分以上薬液消毒し、よく乾燥させておく。	
9.	フッ化物洗口に使用したポリタンク、ディスペンサー付ボトル、ポリコップは、清潔な保管場所に保管する。	

4. その他

1.	フッ化物洗口液の残液は、週ごとに廃棄する。週2～3回法、週5回法の場合は保管が必要になるため、直射日光があたらない場所を決めて管理する。特に夏は水がいたみやすいので、冷蔵庫等で保管すると良い。	
2.	ポリタンク、ディスペンサー付ボトルはフッ化物洗口用具専用として使用し、他の薬液等を入れたりしないように注意する。	



フッ化物洗口マニュアル

発行年月 平成30年7月

改訂 令和5年3月

編集・発行： 岩手県保健福祉部健康国保課
岩手県口腔保健支援センター

監修： (一社) 岩手県歯科医師会

発行元： 〒020-8570
岩手県盛岡市内丸10-1
(TEL) 019-629-5468
(FAX) 019-629-5474

