

令和 年 月 日

保護者各位

こども園・保育園・幼稚園

園 長

担当歯科医師

フッ化物洗口の申し込みについて

むし歯は、幼児期から学童期にかけて子どものかかる病気の中でも最も多いものです。

静岡市では、国や県と共にむし歯予防対策「フッ化物洗口」を推奨しており、平成14年度に開始し、現在は市内の7割以上の園で実施をしております。

むし歯のある5歳児の割合は、フッ化物洗口開始当初に比べ半減^{*}しておりますが、生涯にわたって子どもたちの歯と口の健康を守るために、永久歯が生え始める幼児期からフッ化物洗口を行うことは大変有効です。（※平成17年度 51.0%、令和2年度 26.0%）

そのため、当園においても、静岡市静岡・清水歯科医師会のご指導と静岡市・清水薬剤師会のご協力のもとに「フッ化物洗口」を行いますので、フッ化物洗口申込書により希望の有無をお知らせください。

記

- 1 方法 市販のフッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（1.5g包）を水に溶かした洗口液で週5回毎日1分間ぶくぶくうがいをします。別紙のパンフレットをご参照下さい。
（フッ化ナトリウム濃度：0.055% フッ化物濃度：約250ppm）
ただし希望されない場合は、水道水にて洗口を行います。
- 2 対象 4・5歳児（年中・年長）の希望者
- 3 費用 無 料（市負担）
- 4 開始予定 令和 年 月 日から（進級時より1年間実施）
- 5 申込方法 別紙の「フッ化物洗口申込書」を 月 日までに園に提出
（申込み締め切り後の取りやめや追加希望については、いつでも受け付けています。）

フッ化物洗口申込書

令和 年 月 日

園長 様

※ どちらかを選んで○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。
(希望されない場合は、水道水のみで洗口します)

園 児 名 []

4 歳児 (年中) ・ 5 歳児 (年長)

※どちらかを○で囲んでください。

保 護 者 氏 名 []

健康づくり推進課 口腔保健支援センター
 歯科衛生士 行（FAX：054-209-1063）

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（1.5g包）必要量連絡票

太枠内をご記入いただき、令和 年 月 日（ ）までに、FAXにて送信ください

こども園・保育園・幼稚園

	クラス数	全園児数	希望園児数
新年中児	クラス	名	名
新年長児	クラス	名	名

【フッ化物洗口剤 必要週数】

※長期休暇等、フッ化物洗口を行わない週数を差し引いた週数をご記入ください

第Ⅰ期 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分	週分
第Ⅱ期 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分	週分
第Ⅲ期 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分	週分
合 計	週分

R 年度に受領した、未使用薬剂量をご記入ください (R 年 月末時点見込み、次年度繰越分)	包
--	---

ボトル配布希望	溶解用（ L） 本 *溶解用は、1L・2L・3L・5L があります。	ディスペンサー 本 【 1,200ml ・ 500ml 】 *どちらかに○をつけてください
---------	--	---

令和 年度フッ化物洗口法によるむし歯予防事業の実施を届け出ます。

あて先) 静岡市長

令和 年 月 日

実施園名
 所在地
 園長名

部分を円で記入し、
園歯科医師へ確認してもらい、
押印してもらってください。
上半分は、園で保管してください。

指 示 書

記入例

令和▽△年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

スマイルこども園 園長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を指定薬局で受け取り、
薬剤1包につき300mlの水道水で溶解し下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してく
ださい。また、調製した水溶液を園児1人7ml用い、週5回1分間洗口させてください。

年長児	30名	1週間あたりの調製量
年中児	30名	オラブリス 8包を2400mlの水で溶解
計	60名分	

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

切 り 取 り

(歯科医師控え)

こちらは園歯科医の控えですので
先生にお持ちいただいて下さい。

指 示 書

令和▽△年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

スマイルこども園 園長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を指定薬局で受け取り、
薬剤1包につき300mlの水道水で溶解し下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してく
ださい。また、調製した水溶液を園児1人7ml用い、週5回1分間洗口させてください。

年長児	30名	1週間あたりの調製量
年中児	30名	オラブリス 8包を2400mlの水で溶解
計	60名分	

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

園長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を指定薬局で受け取り、
薬剤1包につき300mlの水道水で溶解し下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してく
ださい。また、調製した水溶液を園児1人7ml用い、週5回1分間洗口させてください。

年長児	名	1週間あたりの調製量	
年中児	名	オラブリス	包を mlの水で溶解
計	名分		

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

切 り 取 り

(歯科医師控え)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

園長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を指定薬局で受け取り、
薬剤1包につき300mlの水道水で溶解し下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してく
ださい。また、調製した水溶液を園児1人7ml用い、週5回1分間洗口させてください。

年長児	名	1週間あたりの調製量	
年中児	名	オラブリス	包を mlの水で溶解
計	名分		

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

記入例

指 示 書

部分を園で記入し、
園歯科医師へ確認してもらい、押印し
てもらってください。
上半分は、薬局に提出してください。

令和▽△年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

スマイル こども園・保育園・幼稚園では、週5回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を、下記のとおり各期ごと(年3回)貴薬局において使用方法を説明のうえ園職員に渡してください。

年長児	30	名	第Ⅰ期	4月～7月	(18週分)	144	包	
年中児	30	名	第Ⅱ期	8月～11月	(17週分)	136	包	
計	60	名分	第Ⅲ期	12月～3月	(17週分)	136	包	
						合計	416	包

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

切 り 取 り

こちらは園歯科医の控えですので
先生にお持ちいただいて下さい。

(歯科医師控え)

指 示 書

令和▽△年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

あおい 薬局薬剤師様

スマイル こども園・保育園・幼稚園では、週5回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を、下記のとおり各期ごと(年3回)貴薬局において使用方法を説明のうえ園職員に渡してください。

年長児	30	名	第Ⅰ期	4月～7月	(18週分)	144	包	
年中児	30	名	第Ⅱ期	8月～11月	(17週分)	136	包	
計	60	名分	第Ⅲ期	12月～3月	(17週分)	136	包	
						合計	416	包

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

薬局薬剤師様

こども園・保育園・幼稚園では、週5回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を、下記のとおり各期ごと(年3回)貴薬局において使用方法を説明のうえ園職員に渡してください。

年長児	名	第Ⅰ期	4月～7月(週分)	包
年中児	名	第Ⅱ期	8月～11月(週分)	包
計	名分	第Ⅲ期	12月～3月(週分)	包
合 計				包

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

切 り 取 り

(歯科医師控え)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分
(令和 年 月 日発行)

薬局薬剤師様

こども園・保育園・幼稚園では、週5回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(1.5g包)を、下記のとおり各期ごと(年3回)貴薬局において使用方法を説明のうえ園職員に渡してください。

年長児	名	第Ⅰ期	4月～7月(週分)	包
年中児	名	第Ⅱ期	8月～11月(週分)	包
計	名分	第Ⅲ期	12月～3月(週分)	包
合 計				包

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」(1.5 g 包)

(劇薬) 譲渡書

【フッ化物洗口実施園保管用】

受領日	令和 年 月 日
受領数 (包)	(包)
受領者サイン	職名 氏名 年齢 歳

園歯科医発行の指示書に基づきう蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」(1.5 g 包)を上記の通り使用方法を説明のうえ配付しました。

実施園名 _____

担当薬局名 _____

所在地 _____

所在地 _____

園長名 _____ 印

薬剤師名 _____ 印

担当者名 _____ 印

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」(1.5 g 包)

(劇薬) 譲受書

【フッ化物洗口事業指定薬局保管用】

配 布 日	令和 年 月 日
配付数 (包)	(包)
受領者サイン	職名 氏名 年齢 歳

園歯科医発行の指示書に基づきう蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」(1.5 g 包)を上記の通り使用方法の説明を受けたうえ受領しました。

実施園名 _____

担当薬局名 _____

所在地 _____

所在地 _____

園長名 _____ 印 _____

薬剤師名 _____ 印 _____

担当者名 _____ 印 _____

(2年間保存)

記入例

様式 8

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1.1%」(1.5g 包) 出納管理簿

実施園名 スマイルこども園 調製担当者名 駿河 まちい 管理者名 清水 笑美

1週間分の薬剤使用量

8 包

第 I 期受領数記入

令和

年度

4/1	第 I 期受領数	144 包 (A)				月/日	受領数 (包)	使用量 (包)	残数 (包)	担当者 サイン	管理者 サイン
3/31	前年度繰越数	0 包 (B)									
年度当初時点での保管数		144 包 (A + B)				9/17		8	80	駿河	清水
月/日	受領数 (包)	使用量 (包)	残数 (包)	担当者 サイン	管理者 サイン	月/日		8	72	駿河	清水
								8	64	駿河	清水
4/1	144		144	駿河	清水			8	56	駿河	清水
4/1			136	駿河	清水	10/15		8	48	駿河	清水
4/8			128	駿河	清水	10/21		8	40	駿河	清水
4/15		8	120	駿河	清水	10/28		8	32	駿河	清水
4/22		8	112	駿河	清水	11/5		8	24	駿河	清水
5/30		8	104	駿河	清水	11/11		8	16	駿河	清水
5/7		8	96	駿河	清水	11/18		8	8	駿河	清水
5/13		8	88	駿河	清水	11/25		8	0	駿河	清水
5/20		8	80	駿河	清水	11/29	136		136	駿河	清水
5/27		8	72	駿河	清水	12/2			128	駿河	清水
6/3		8	64	駿河	清水	12/9		8	120	駿河	清水
6/10		8	56	駿河	清水	12/16		8	112	駿河	清水
6/17		8	48	駿河	清水	12/24		8	104	駿河	清水
6/24		8	40	駿河	清水	1/6		8	96	駿河	清水
7/1		8	32	駿河	清水	1/14		8	88	駿河	清水
7/8		8	24	駿河	清水	1/20		8	80	駿河	清水
7/16		8	16	駿河	清水	1/27		8	72	駿河	清水
7/22		8	8	駿河	清水	2/3		8	64	駿河	清水
7/29		8	0	駿河	清水	2/10		8	56	駿河	清水
7/31	136		136	駿河	清水	2/17		8	48	駿河	清水
8/5			136	駿河	清水	2/24		8	40	駿河	清水
8/12			128	駿河	清水	3/3		8	32	駿河	清水
8/19		8	112	駿河	清水	3/10		8	24	駿河	清水
8/26		8	104	駿河	清水	3/17		8	16	駿河	清水
9/2		8	96	駿河	清水	3/24		8	8	駿河	清水
9/9		8	88	駿河	清水	3/31		8	0	駿河	清水
計							416	416	0	駿河	清水

第 I 期の受領数と前年度繰越分
(未使用薬剤) の合計

第 I 期受領数記入

第 III 期受領数記入

第 II 期受領数記入

年度ごとの合計数を記入

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1.1%」(1.5g 包) 出納管理簿

実施園名 _____ 調製担当者名 _____ 管理者名 _____

1 週間分の薬剤使用量		包		令和		年度				
月/日	受領数 (包)	使用量 (包)	残数 (包)	担当者 サイン	管理者 サイン	受領数 (包)	使用量 (包)	残数 (包)	担当者 サイン	管理者 サイン
／	第 I 期受領数			包 (A)		月/日				
3/31	前年度繰越数			包 (B)						
	年度当初時点での保管数			包 (A + B)		／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
／						／				
計										

健康づくり推進課 歯科衛生士 行（FAX：054-209-1063）

フッ化物洗口希望園児数の変更について

記入日 令和 年 月 日

こども園・保育園・幼稚園名 _____ こども園・保育園・幼稚園

	変 更 前	変 更 後
4 歳 児		
5 歳 児		

フッ化物洗口希望園児数に変更があった場合にお知らせください。フッ化物洗口液量に影響するときは、健康づくり推進課から連絡いたします。