年　　月　　日

　保護者様

施設長名

フッ化物洗口の実施について（調査）

保護者の皆様には、ご健勝にお過ごしのことと思います。

当園において、園児のむし歯予防のためフッ化物洗口を下記のとおり実施いたします。実施については、保護者の同意が必要となりますので、先日開催しました説明会内容及び配布した資料についてご確認いただき、下記にご記入の上、ご提出くださいますようお願いします。

１．実施方法　　うがい液（市販の「オラブリス洗口用顆粒11％」250ｐｐｍ）で、30秒～1分間「ぶくぶくうがい」をしてうがい液を吐き出します。

２．開始予定　　　　　　年　　月

３．実施日時　　週　　回（　　　　　　曜日）

４．費　　用　　無料

５．申し込み　　　　月　　日までにクラス担任まで提出してください。洗口に同意しない方も提出をお願いいたします。

　　　　　　　　同意を得られないお子様については、真水による洗口等検討いたします。

フッ化物洗口同意書

　　年　　月　　日

施設長　様

※どちらかを○でかこんでください。

　　　　１．フッ化物洗口実施に同意します。

　　　　２．フッ化物洗口実施に同意しません。

園　児　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　組）

保護者　氏名