指　　　示　　　書

様式４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

指　　　　示　　　　書

様式５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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１１％」（1.5ｇ包）

様式６

（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１１％」(1.5ｇ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

様式７

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）

（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１１％」(1.5ｇ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）