フッ化物洗口指示書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　担当薬剤師名　　　　　様

フッ化物洗口用として、下記のとおりに保管、調製をしてください。

※担当歯科医師から学校長名（施設長名）あての指示書の写しを添付する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

・施設名：

・実施年月日：　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

・指示品目：　　　　使用薬剤名　　　（1包＝　　　　　　ｇ）を使用し

　　　　　　指示書の写し【担当歯科医師→学校長名（施設長名）】を

　　　　　　参考（フッ化物洗口濃度、一人あたりの洗口量）にし、

　　　　　　　全生徒（全園児）　数　に応じて洗口を調製してください。

・薬剤保管依頼：　　　　　する　　　　　・　　　　　　しない

担当歯科医師

　　・歯科医院名

　　・所在地

　　・氏名