　　　　年　　月　　日

　保　護　者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 小学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　校　 長

フッ化物（フッ素）洗口について

　本校ではこれまで、歯科保健指導に力を入れ、児童の歯の健康にかかわる取り組みを続けています。

その取り組みの一環として、学校歯科医　　　　　　　先生のご指導のもと、毎週　　曜日にフッ化物洗口を実施しています。学校で行うフッ化物洗口について、保護者の同意の上で行っていきたいと考えていますので、保護者の皆様にも理解、ご協力をお願いします。

下記事項をご確認の上、　　月　　日（　　）までに同意書の用紙の提出をお願いします。

記

　１．効果　　　　むし歯予防として効果があります。（永久歯の萌出直後の学齢期が効果的）

・むし菌が作る酸（歯を溶かしてむし歯を作るもと）に対して強い歯質にします。・歯の表面（エナメル質）の再石灰化を促進します。

・むし歯菌が作る酸の産生を抑えます。

　２．方法　　　　週１回（毎週水曜日）歯みがきをした後、５～１０㏄のフッ素水を口に含み、

ブクブクうがいをして吐き出します。

　３．その他　　　・フッ素は市販の歯みがき剤の多くにも含まれていますが、お子さんによっては

　　　　　　　　　　ごくまれに過敏症が出るとの指摘もあります。全員が強制的に行うものではあ

　　　　　　　　　　りませんので、同意の有無を下の用紙にご記入の上、提出してください。

―　―　―　―　―　―　―　き　　　り　　　と　　　り　―　―　―　―　―　―

フッ素洗口同意書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　組 | 番 | 児童氏名 | 保護者名 |
| （どちらかに○をつけてください。）  ・フッ素洗口に同意します。  　　　　　　　　・フッ素洗口に同意しません。 | | | |