

記入例

令和 年 月 日

長崎市フッ化物洗口推進事業指示書

施設長 様

(歯科医師) 住 所

氏 名

印

在庫数は必ずご記入ください。

施設名												
実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
フッ化物洗口剤名称	オラブリス洗口用顆粒 1 1 %											
薬剤在庫数 (申込日現在)	1.5 g	包	6 g 包									
フッ化物洗口剤 必要数 (包)	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>1 週分作製時 使用薬剤包数</th><th>必要包数</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.5 g</td><td>包</td><td>包</td></tr><tr><td>6 g</td><td>包</td><td>包</td></tr></tbody></table>				1 週分作製時 使用薬剤包数	必要包数	1.5 g	包	包	6 g	包	包
	1 週分作製時 使用薬剤包数	必要包数										
1.5 g	包	包										
6 g	包	包										
フッ化物洗口液濃度	毎日法 (250ppm)											
フッ化物洗口液の量	1 人 1 回 7 ml											
1 回あたりの洗口時間	1 分間											
洗口液作製方法 留意事項	<ul style="list-style-type: none">・ Oml 溶解瓶に O 包溶解し作製する・ 洗口液の保管方法や週をまたいでの使用を しない等の詳細の記入をお願いします。											