年　　月　　日

4－2

**フッ化物処方指示書**

　様

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　で、フッ化物洗口を行いますので、

使用薬品名　　ミラノール1g 　/　　ミラノール1.8g　　/ 　オラブリス　　を

　　 　　箱（　　　　包入り）　または、　　　　　　　包　を手渡してください。

これは施設で、

□ 週５回法（0.055％フッ化ナトリウム水溶液(フッ化物イオン濃度250ppm) ）

□ 週１回法（0.2 ％フッ化ナトリウム水溶液(フッ化物イオン濃度900ppm) ）

によりフッ化物洗口をする場合の　　　　　　　　週分に相当します。

園歯科医（嘱託歯科医）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印