**フッ化物洗口実施　チェックリスト**

4－4

（このチェックリストを、園歯科医（嘱託歯科医）に提示してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 確認項目 | チェック |
| （１）フッ化物洗口については、フッ化物洗口支援の園歯科医（嘱託歯科医）の指示をうけ実施する |  |
| （２）フッ化物洗口の実施責任者および担当者を決定する実施責任者　氏　名担当者（正） 氏　名　　　 〃　（副） 氏　名 |  |
| （３）職員対象の研修会を実施している（洗口実施初年度、新規職員採用時など） |  |
| （４）フッ化物洗口剤を保管するための鍵のかかる保管庫等を準備する場　所 |  |
| （５）フッ化物洗口剤保管庫等の鍵の管理体制を確認する |  |
| （６）フッ化物洗口剤は出納簿を作成し管理する |  |
| （７）洗口液を作る際に、部屋の中に園児の侵入がないよう配慮する |  |
| （８）フッ化物洗口実施について保護者へ希望の確認を行う |  |
| （９）フッ化物洗口を希望しない人への配慮を行う（水道水による洗口） |  |
| （10）フッ化物洗口液による実施の前に、希望する園児全員で水道水による「ブクブクうがい」の練習を行う（30秒～1分間うがいをして吐き出す） |  |
| （11）希望する園児全員が水道水で30秒～1分間うがいをして吐き出しができることを確認した後、フッ化物洗口液による「ブクブクうがい」を実施する |  |
| （12）フッ化物洗口は、職員の監督下で行う |  |
| （13）フッ化物洗口後、30分間飲食しないように洗口時間を設定する設定時間 |  |
| （14）30秒～1分間の洗口時間を計れるよう準備する |  |
| （15）フッ化物洗口に用いる器具の消毒を行う使用薬品名消毒日（例　毎週金曜日） |  |

　　年　　月　　日

施設名

施設長

園歯科医（嘱託歯科医）

氏　名

上記確認しました　　　　　　印