**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