

_____年____月____日発行

フッ化物処方箋

薬剤師殿

幼稚園
保育所
学校

で、フッ化物洗口を行ないますので

1つを選択して ○で囲む	商品名	包装	販売単位
	ミラノール	1 グラム	90 包入り
	ミラノール	1 グラム	180 包入り
	ミラノール	1.8 グラム	90 包入り
	ミラノール	1.8 グラム	180 包入り
	ミラノール	1.8 グラム	450 包入り
	オラブリス	1.5 グラム	120 包入り
		グラム	包入り

を_____箱、渡してください。

これは、フッ化ナトリウム_____％水溶液_____ml の洗口液

_____日分に相当します。

_____園・学校(園医・学校歯科医)

住所 (診療所)_____

氏名_____印

※本人自署の場合は押印不要

※控えを必ず保管してください。