

《 フッ化物塗布について 》

市では、お子様のむし歯を予防するため、宇都宮市歯科医師会に委託し「フッ化物塗布」を下記のとおり実施します。ご希望の方はこの受診票の右側赤線内に必要事項をご記入の上、指定日にお越しください。

記

- 対象** 満2歳～小学2年生の宇都宮市に住所があるお子様
※満2歳未満のお子様には、塗布ができませんので、ご了承ください
- 実施日** 5月12日(日) 5月19日(日)
6月16日(日) 6月23日(日)
(塗布回数は、上記実施日のうち1回です)
- 受付時間** 午前 9時00分～11時30分まで
午後 1時30分～ 3時30分まで
- 会場** 宇都宮市保健所(竹林町972)
- 費用** 500円 当日、会場受付でお支払いください。
※おつりがないうち小銭をご用意ください。
- 問い合わせ先**
平日：宇都宮市子ども家庭課 Tel632-2388
実施日：宇都宮市保健所 Tel626-1127

* 日時の指定は、会場の混雑をさけるために行っておりますので、指定日にお越し下さるようご協力をお願いいたします。

また、指定日のご都合が悪い場合は、別の実施日にこの受診票をご持参の上、直接お越しください。

なお、市では、前期(春)と後期(秋)の年2回フッ化物塗布を実施しており、各1回ずつ受けられます。

◎注意事項

- 体調不良の場合は、無理をせず別の日にお越し下さい。
- 塗布の前は、ていねいに歯をみがいてきてください。
- 塗布の後は、**飲食を“30分間”控えてください。**
- 会場内(2階)での携帯電話のご使用はお控えください。
- 受付終了時間間際は、付近の道路や駐車場が大変混雑しますので、時間に余裕を持ってお越しください。

切り取り、右半分を受付にお出しください。

フッ化物塗布受診票

平成31(2019)年度 前期(春)

受付番号

窓口・ホームページ用

※会場は保健所(竹林町)です。

※11時～11時30分は大変混雑しますので時間に余裕を持ってお出かけください。

※満2歳未満のお子様には、塗布ができませんので、ご了承ください。

※下記の赤線内を漏れのないように、ご記入ください。

ふりがな 氏名	平成 満	年 歳	月 か月	日 日	生
*満2歳～小学2年生が対象です。(男・女)	(小1・小2)*Oで囲んで下さい				

住所 宇都宮市	連絡先	-	-
------------	-----	---	---

◆ 当てはまるものをOで囲んでください。

- 過去に、宇都宮市のフッ化物塗布を受けた時期
25年度 26年度 27年度 28年度 29年度 30年度 今回が
(春・秋) (春・秋) (春・秋) (春・秋) (春・秋) (春・秋) 初めて

- 歯科医院で ~ ア. 治療したことがない
イ. 治療中
ウ. 治療済み(月頃完了)



▼診査記録(歯科医師用)

6	E	D	C	2	1	1	2	C	D	E	6
				B	A	A	B				
6	E	D	C	2	1	1	2	C	D	E	6
				B	A	A	B				

むし歯
本

・外傷・口内炎・動揺歯・その他()