

フッ素塗布受診票（1歳6か月児・3歳児用）

長岡市福祉保健部健康課

◎ フッ素塗布時、下記の太枠内を記入して受診時に提出ください。

1歳6か月・3歳児健診 交付番号 健-

幼児氏名	(電話) -	平成 年 月 日生
住 所 長岡市	町	保護者氏名
歯磨き習慣	1、あり	2、なし
仕上げ磨き	1、あり	2、なし
フッ素塗布の有無	1、初めて塗布	2、1回以上塗布あり

- 1、対象者
1歳6か月児歯科健診受診者のうち希望者で2歳未満まで
3歳児歯科健診受診者のうち希望者で4歳未満まで
- 2、塗布の受け方
歯科医院でフッ素塗布を希望される人は、早めに指定歯科医院に
予約してください。受診時に長岡市に住所がない人、
対象年齢を過ぎると使用できませんのでご注意ください。
- 3、塗布を受けられる医療機関
別紙のとおり
- 4、塗布を受ける時の持ち物
この受診票と保険証・母子健康手帳、タオル等を持って受診してく
ださい。

※委託医療機関記入欄

長岡市長 様

上記の人にフッ素塗布と保健指導を実施しましたので報告します。

塗布実施日 平成 年 月 日

医療機関名

歯科医師名

印

*委託医療機関の方へ

フッ素塗布実施後、所定事項を記入し請求書に本票を沿えて翌月10日までに直接下記へ
送付してください。

問い合わせ先 〒940-0086 長岡市西千手2-5-1 長岡市福祉保健部健康課 電話 32-5000