

幼児口腔検診及びフッ素塗布

幼児期から虫歯予防と定期的なフッ素塗布が定着していただけるように、口腔検診及びフッ素塗布を町内の歯科医院で行っています。対象者には、受診券を送付しています。

歯科医院の受診方法

- 1 受診の時期 乳歯を守るため**受診推奨期間**の受診をお願いします。
受診券は**有効期間内**にご利用ください。
- 1歳6か月 **奥歯がはえる時期**です。むし歯がしやすい奥歯を守るために、**奥歯が見えてきたら受診**しましょう。
- 2歳6か月 **乳歯20本がはえそろう時期**です。

2 受診の方法

- ①お子さんの体調の良い時に、保護者が希望する町内の歯科医院に**事前に予約**します。

受診券が利用できる歯科医院と電話番号・住所（あいうえお順） ※市街局番0167

大倉歯科医院	45 - 3890	栄町1丁目2番6号
大町歯科クリニック	45 - 3633	大町4丁目9番6号
こだま歯科医院	45 - 4935	宮町4丁目1番24号
園田歯科医院	45 - 2559	富町1丁目1番56号
矢花歯科クリニック	45 - 5000	大町2丁目2番10号
山崎歯科医院	45 - 5588	錦町3丁目4番20号

- ②受診当日 **受診券**を切り取り、**母子健康手帳**と一緒に歯科医院の受付にお出してください。
- ③受診券を使用すると口腔検診とフッ素塗布にかかる費用は**無料**です。
(費用の助成は1歳6か月と2歳6か月の2回です。)

きりとり

受診券見本

受診推奨期間 令和○年○月○日まで

幼児口腔検診及び
フッ素塗布受診券

有効期間

令和○年○月○日～令和●年●月●日

(ただし、歯科医院の休診日を除く)

住所

受診者

氏名 かみふフッ素塗布 様

生年月日

(歳6か月)

上記幼児が口腔検診及びフッ素塗布の対象者であることを証明します。

交付年月日 令和○年○月○日

上富良野町長

- (注) 1 口腔検診及びフッ素塗布を受けるときは、この券・母子手帳を必ず歯科医院受付に提出してください。
2 この受診券は本人以外は使用できません。
3 町から転出する場合、受診券は無効となります。
転出の際には保健福祉総合センター内の保健福祉課窓口にお返してください。
4 受診券の再発行はいたしません。