

岩倉市立各小学校 1 年生保護者各位 Srs. Padres de familia del 1er grado

岩倉市教育委員会 Secretaría de Educación de Iwakura

岩倉市小中学校長会

Asociación de directores de escuelas primarias y secundarias de Iwakura

フッ化物洗口に対する希望のお尋ね（スペイン語）

Comunicado de aceptación si desea o no la aplicación bucal con flúor

1 年生の保護者の皆様には、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。日頃は、本市の教育活動に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

Agradecemos antes que nada por su siempre valiosa cooperación en la educación de nuestros hijos.

さて、本市では、岩倉市健康づくり計画「健康岩倉 2 1」に基づき、希望者に対してフッ化物洗口ができる機会を設けています。

En Iwakura-shi, la oportunidad de aplicación bucal con flúor para los alumnos esta basado en el plan de salud de Iwakura (KENKOU IWAKURA 21).

フッ化物洗口は、乳歯から永久歯に生えかわる時期に行うと、その後の虫歯予防に効果があると言われていたものです。

La aplicación bucal con flúor, tiene como efecto prevenir las caries cuando es aplicado antes del cambio del diente de leche al diente de hueso..

週に 1 回、ごく薄いフッ化ナトリウム水溶液を口に含んで口腔内をうがいするもので、安全性は確立されていますが、実施にあたっては、保護者の方々のお考えを尊重し、希望制をとることにしています。

La aplicación bucal con fluor es una forma eficiente de prevenir las caries, certificada por la Asociación Médica Internacional y Japonesa. Pero deseáramos saber si los padres desean o no que sea aplicado el flúor una vez por semana.

つきましては、以下の「フッ化物洗口希望票」に希望の有無など必要事項をお書きの上
____月____日までにお子様を通して担任までご提出いただきたく思います。

Por favor llenar abajo el formulario si desea o no que sea aplicado el flúor, hasta el día____ del mes de _____, y enviar para el profesor responsable.

なお、フッ化物洗口の開始は、お子さまが学校生活に馴染まれた 6 月上旬ごろを予定しています。

La aplicación bucal con flúor está programado para el comienzo de junio .

…………… <キリ線 Cortar > ……………

平成____年度 フッ化物洗口希望票

HEISEI ____ Formulario de aceptación si desea o no hazer la aplicación de flúor

Marcar con un O la alternativa escogida.

フッ化物洗口を()希望します Deseo que haga la aplicación de flúor.
()希望しません Prefiero que no hagan la aplicación de flúor.

お子さまは、これまでに保育園や幼稚園等でフッ化物洗口の経験がありますか。

El niño ya realizó la **aplicación con flúor** en alguna escuela maternal, jardin de infancia, etc. hasta ahora?

どちらかに をお付けください。Por favor marque con (O) en una de las alternativas abajo.

() 有る Si () ない No

1 年 組 番 児 童 名 _____

Grado Grupo N° Nombre del alumno

保護者名 _____ 印

Nombre del padre o responsable

Inkan