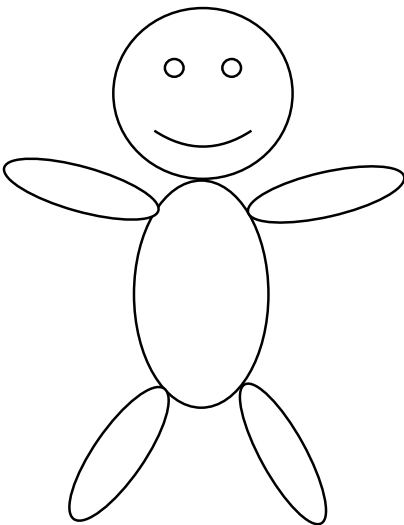
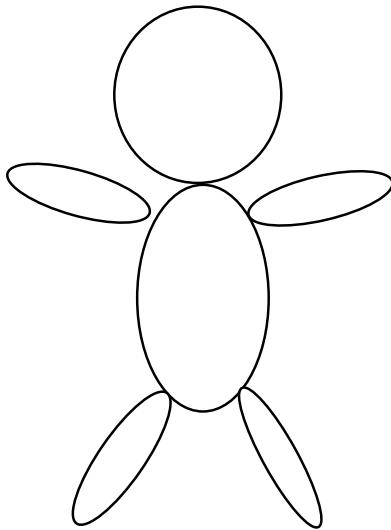


気管支拡張剤(ホクナリン)テープ 確認票

医師の診断の結果、下記の通り指示があり、
気管支拡張剤(ホクナリン等)のテープを貼っています。

保護者名

日 付	年 月 日 ()	
クラス名・名前	()組 ()	
病 院 名	T E L	
処方された日	年 月 日 ()	
薬剤情報	あり・なし ※なしの場合は薬の預かりはできません	
病名	風邪 喘息 気管支炎 その他()	
使用場所(印をつけてください) (前)  (後) 		
確 認 者	登 園 時	降 園 時