

気管支拡張剤のテープ 確認票

(ホクナリンテープ等)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり
気管支拡張剤のテープ(ホクナリンテープ等)を貼っています。

保護者名

貼り付け日 年 月 日()

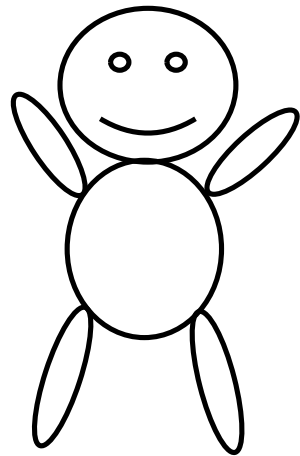
クラス名 子どもの名前
組

病院名
(☎ - -)

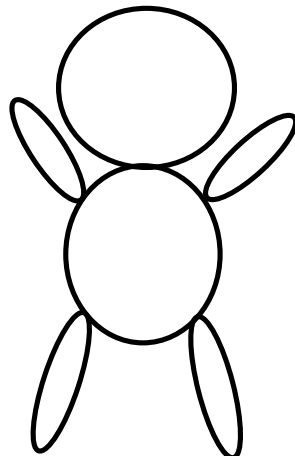
処方された日 年 月 日()

病名又は症状 風邪 喘息 気管支炎

使用場所(○印をつけてください)



(前)



(後)

確認者

確認者

気管支拡張剤のテープ 確認票

(ホクナリンテープ等)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり
気管支拡張剤のテープ(ホクナリンテープ等)を貼っています。

保護者名

貼り付け日 年 月 日()

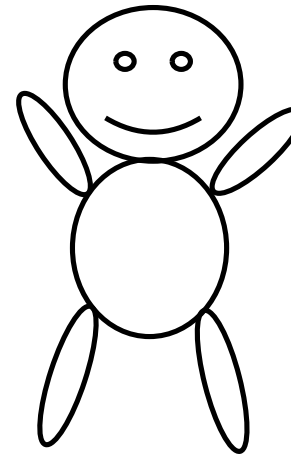
クラス名 子どもの名前
組

病院名
(☎ - -)

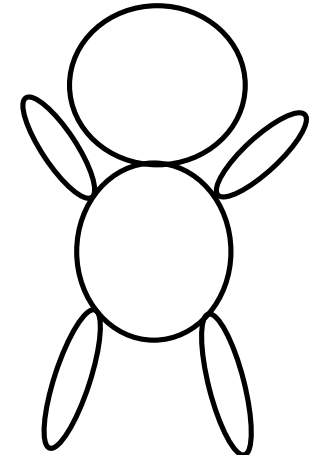
処方された日 年 月 日()

病名又は症状 風邪 喘息 気管支炎

使用場所(○印をつけてください)



(前)



(後)

確認者

確認者