

気管支拡張剤のテープ 確認票 (ホクナリンテープ等)

気管支拡張剤のテープ 確認票 (ホクナリンテープ等)

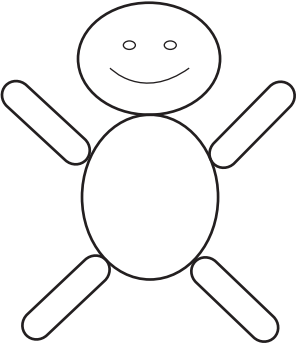
医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり
気管支拡張剤のテープ（ホクナリンテープ等）を貼っています。

保護者名 _____

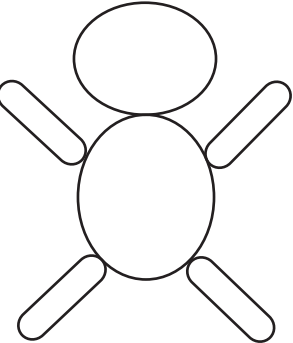
日	年 月 日 ()
年 齢 () 歳	子どもの名前
病 院 名	TEL
処方された日	年 月 日 ()
病 名	風邪 喘息 気管支炎

使用場所（印をつけてください）

(前)



(後)



確 認 者	
-------	--

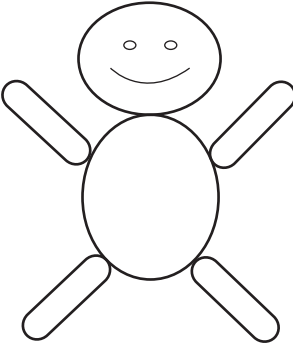
医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり
気管支拡張剤のテープ（ホクナリンテープ等）を貼っています。

保護者名 _____

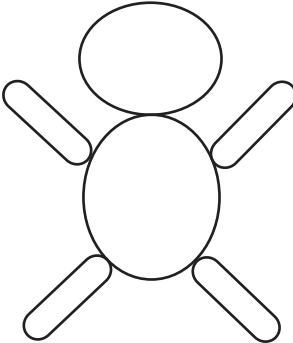
日	年 月 日 ()
年 齢 () 歳	子どもの名前
病 院 名	TEL
処方された日	年 月 日 ()
病 名	風邪 喘息 気管支炎

使用場所（印をつけてください）

(前)



(後)



確 認 者	
-------	--