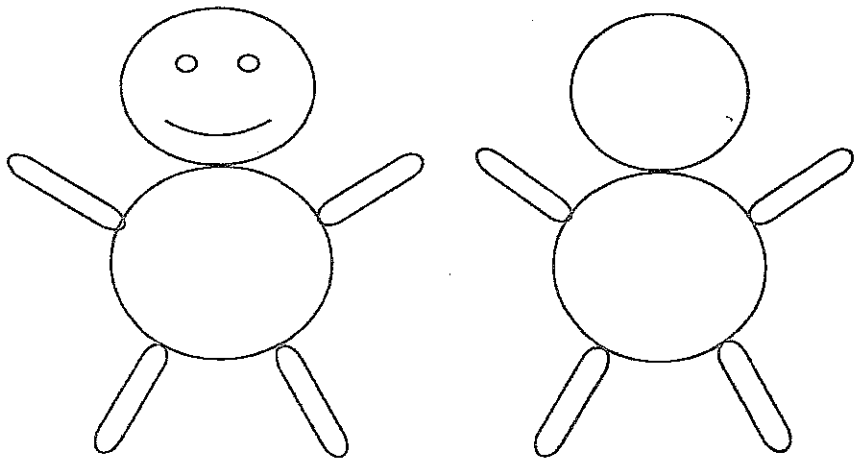
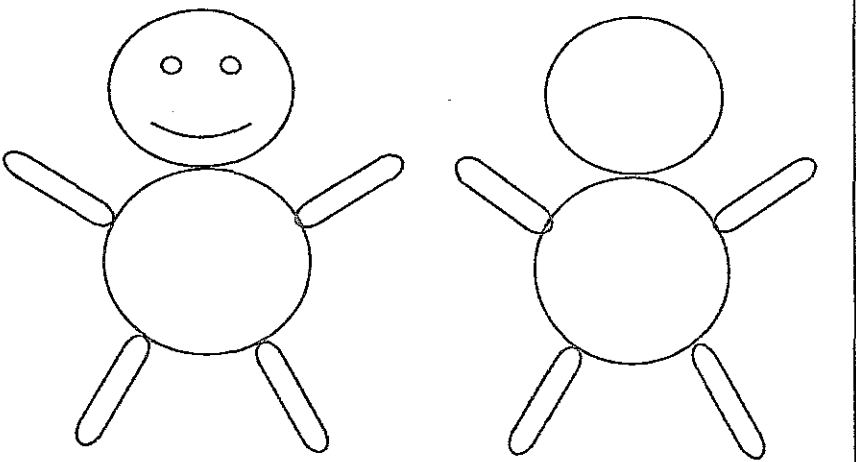


気管支拡張剤のテープ 確認票
(ホクナリンテープ等)

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 ()ぐみ	子どもの名前
病院名	TEL
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	

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 ()ぐみ	子どもの名前
病院名	TEL
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	