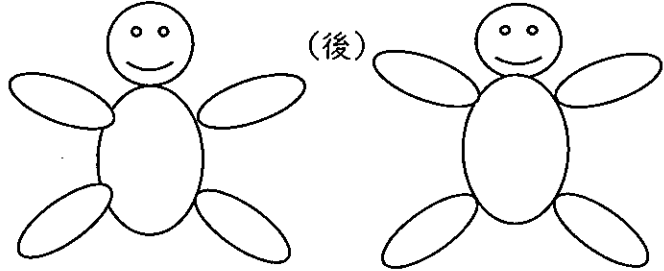


気管支拡張剤テープ 確認表 (ホクナリンテープ等)

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）を貼っています。

保護者名 _____ (印)

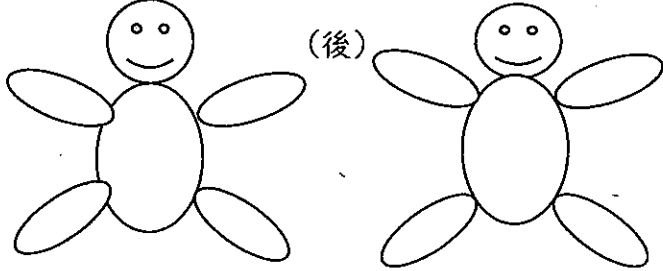
組/園児名	組 / 園児名:
記入日	令和 年 月 日
病院名	
処方された日	令和 年 月 日
病名	風邪 喘息 気管支炎 ()
使用場所(印をつけてください)	
(前)	(後)
	

保育園	令和 年 月 日				
	薬を受け取った人				
	園児名				
確認時間	:	:	:	:	:
確認者					

気管支拡張剤テープ 確認表 (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）を貼っています。

保護者名 _____ (印)

組/園児名	組 / 園児名:
記入日	令和 年 月 日
病院名	
処方された日	令和 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)
	

保育園	令和 年 月 日				
	薬を受け取った人				
	園児名				
確認時間	:	:	:	:	:
確認者					