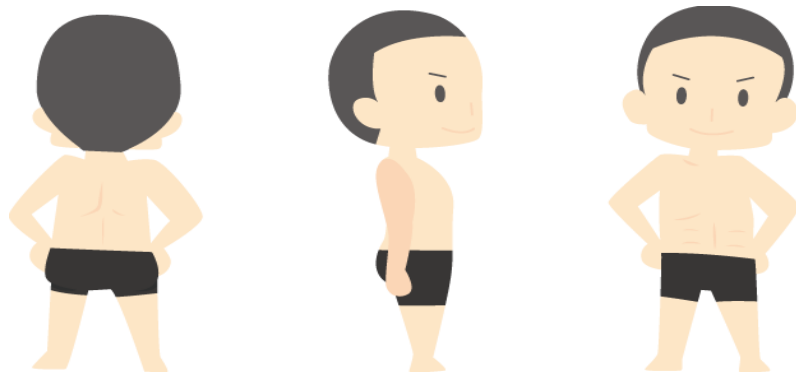


気管支拡張剤テープ確認票〔ホクナリン ・ ツロブテロール等〕

| | | | | |
|---|-------------|---|-----|----|
| 医師の診断を受けところ、下記のとおり指示があり気管支拡張テープを貼っています。 | | | | |
| 病名 | 風邪 | ・ | 喘息 | ・ |
| | 気管支喘息 | ・ | その他 | |
| クラス | 子どもの名前 | | | |
| 薬剤情報提供書 | 有・無⇒処方された年月 | 年 | 月 | |
| 預かった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 貼用した時間 | きのう・今日 | : | | 分頃 |
| 保護者名 | | | | |
| 受け取り | ㊟ | | 看護師 | ㊟ |

* 貼用した場所に○印をお願いします



気管支拡張剤テープ確認票〔ホクナリン ・ ツロブテロール等〕

| | | | | |
|---|-------------|---|-----|----|
| 医師の診断を受けところ、下記のとおり指示があり気管支拡張テープを貼っています。 | | | | |
| 病名 | 風邪 | ・ | 喘息 | ・ |
| | 気管支喘息 | ・ | その他 | |
| クラス | 子どもの名前 | | | |
| 薬剤情報提供書 | 有・無⇒処方された年月 | 年 | 月 | |
| 預かった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 貼用した時間 | きのう・今日 | : | | 分頃 |
| 保護者名 | | | | |
| 受け取り | ㊟ | | 看護師 | ㊟ |

* 貼用した場所に○印をお願いします

