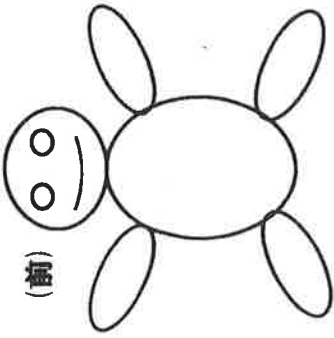
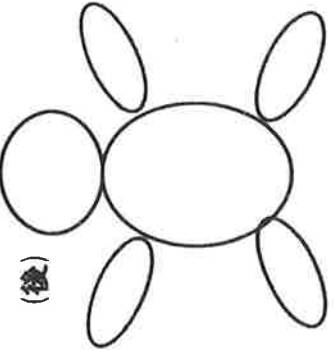


気管支拡張剤のテープ 確認票

(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

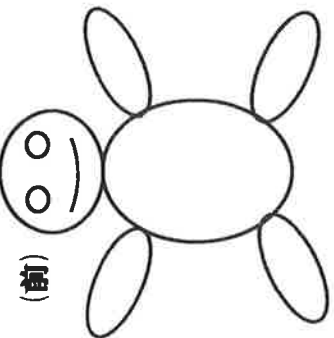
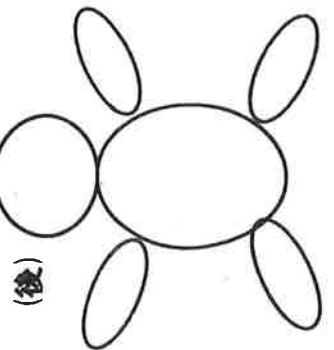
クラス	H	年	月	日	()
虫工 <small>くみ</small> 星 <small>くみ</small> 月 <small>くみ</small> 太陽 <small>くみ</small>	子どもの名前				
本日の貼用した時間		・ホクナリンテープ 0.5mg ・ソロブテロールテープ 0.5mg			
処方された日	H	年	月	日	()
病名	風邪 喘息 気管支炎				
使用場所(○をつけてください)					
(前) 		(後) 			
確認者	保育士	印	看護師	印	

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

クラス	H	年	月	日	()
虫工 <small>くみ</small> 星 <small>くみ</small> 月 <small>くみ</small> 太陽 <small>くみ</small>	子どもの名前				
本日の貼用した時間		・ホクナリンテープ 0.5mg ・ソロブテロールテープ 0.5mg			
処方された日	H	年	月	日	()
病名	風邪 喘息 気管支炎				
使用場所(○をつけてください)					
(前) 		(後) 			
確認者	保育士	印	看護師	印	