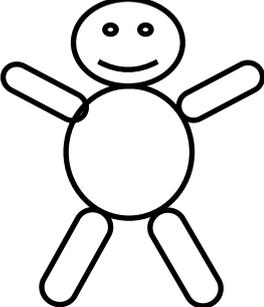
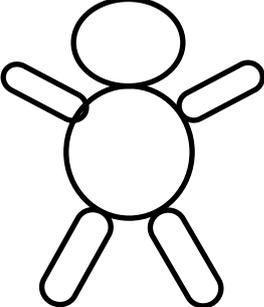


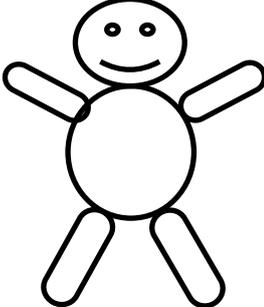
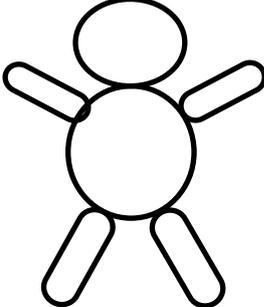
## 気管支拡張剤のテープ 確認票

(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		確認者	

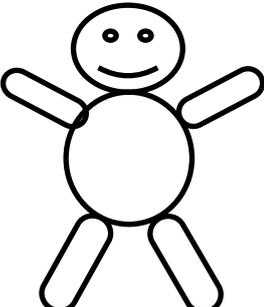
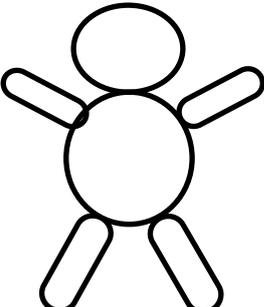
## 気管支拡張剤のテープ 確認票

(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		確認者	

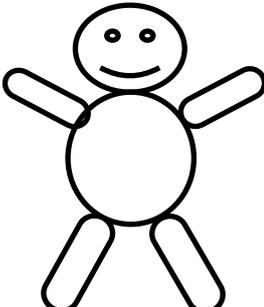
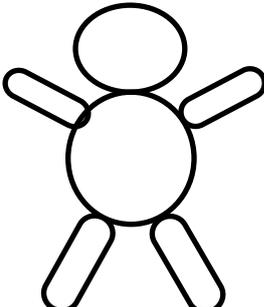
## 気管支拡張剤のテープ 確認票

(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		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		確認者	