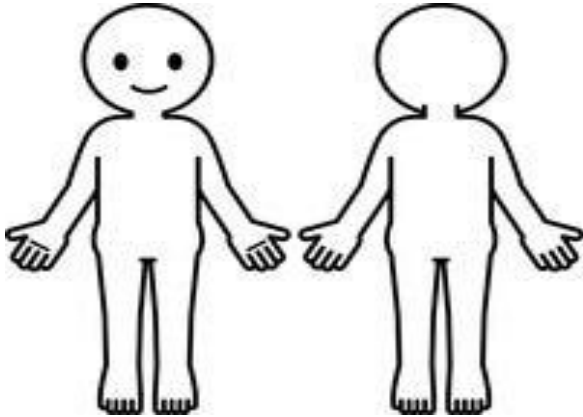


気管支拡張剤のテープ 確認表

(ホクナリンテープ・ツロブテロールテープ)

医師の診断により気管支拡張剤のテープを貼っています。

保護者名

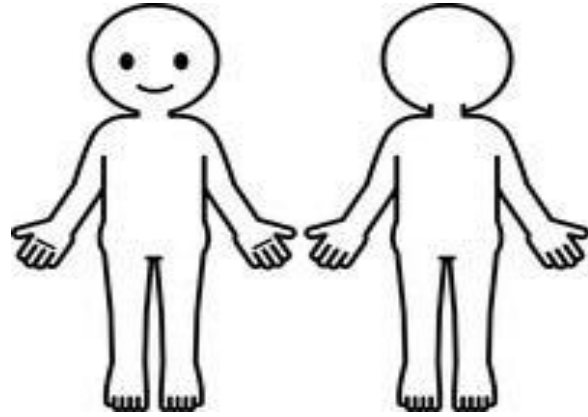
日付	年 月 日		
クラス		園児名	
病院名			
処方された日	年 月 日		
病名	風邪 喘息 気管支炎 その他()		
テープを貼っている場所に○印をつけてください。 (お子様の手の届きにくい背中側に貼ってください。)  ☐ 気管支拡張テープの上にはがれ防止のテープを貼りました。			
受領者サイン			確認サイン

気管支拡張剤のテープ 確認表

(ホクナリンテープ・ツロブテロールテープ)

医師の診断により気管支拡張剤のテープを貼っています。

保護者名

日付	年 月 日		
クラス		園児名	
病院名			
処方された日	年 月 日		
病名	風邪 喘息 気管支炎 その他()		
テープを貼っている場所に○印をつけてください。 (お子様の手の届きにくい背中側に貼ってください。)  ☐ 気管支拡張テープの上にはがれ防止のテープを貼りました。			
受領者サイン			確認サイン