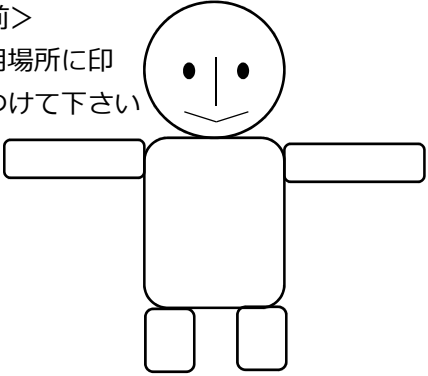
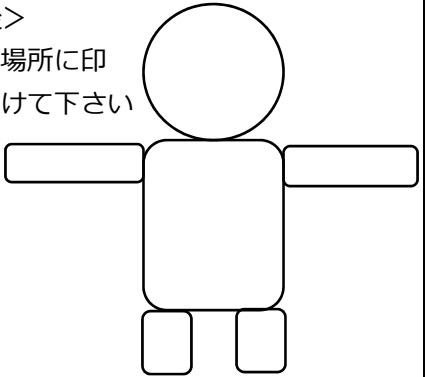
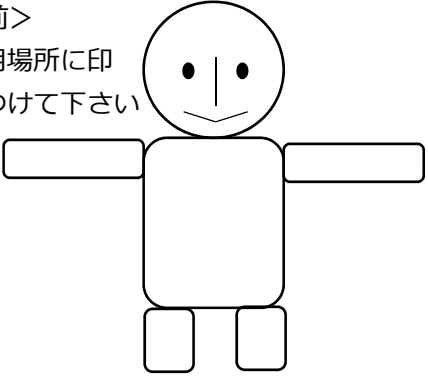
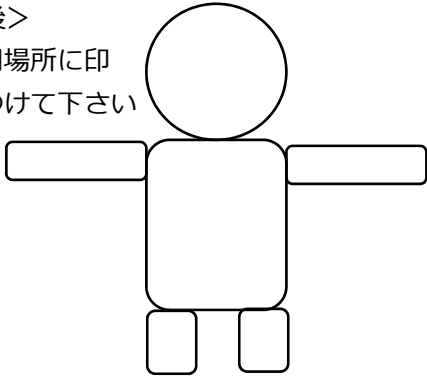


気管支拡張テープ（ホクナリンテープ等）確認票

医師の診断により気管支拡張剤テープ（ホクナリンテープ等）を貼っています。			
保護者名			
記入日(西暦) 20 年 月 日	クラス名	子どもの名前	
病院名		TEL	
処方日(西暦) 20 年 月 日	病名	風邪	喘息 気管支炎
<前> 使用場所に印 をつけて下さい 		<後> 使用場所に印 をつけて下さい 	
確認者(保育園使用欄)	日付	確認者(保育園使用欄)	日付

気管支拡張テープ（ホクナリンテープ等）確認票

医師の診断により気管支拡張剤テープ（ホクナリンテープ等）を貼っています。			
保護者名			
記入日(西暦) 20 年 月 日	クラス名	子どもの名前	
病院名		TEL	
処方日(西暦) 20 年 月 日	病名	風邪	喘息 気管支炎
<前> 使用場所に印 をつけて下さい 		<後> 使用場所に印 をつけて下さい 	
確認者(保育園使用欄)	日付	確認者(保育園使用欄)	日付

日付	確認者	日付	確認者
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
		31	

日付	確認者	日付	確認者
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
		31	