

気管支拡張テープ 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
気管支拡張テープ(ホクナリンテープ等)を貼っています。

保護者名

印

依頼日

年 月 日 ()

クラス名

組 園児氏名

医療機関名

処方された日

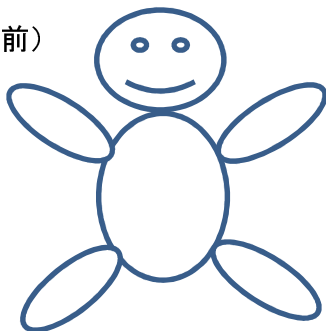
年 月 日 ()

病名

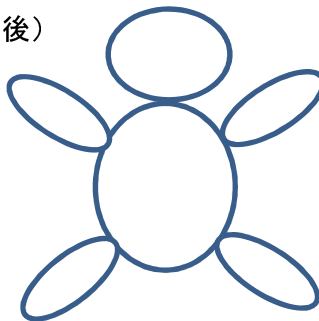
風邪 ・ 喘息 ・ 気管支炎 ・ その他 ()

使用場所 (印をつけて下さい)

(前)



(後)



注意事項

- * テープには必ずマジックで名前を記入してから貼ってください。
- * 登園時に用紙を直接保育士にお渡し下さい。
- * テープがはがれた場合は、保育園にて処分させていただきます。
- * テープ貼付時は、原則プールやシャワーの利用はできません。

保育園 確認者名