

気管支拡張剤のテープ 連絡票  
(ホクナリンテープ等)

0~2歳児用

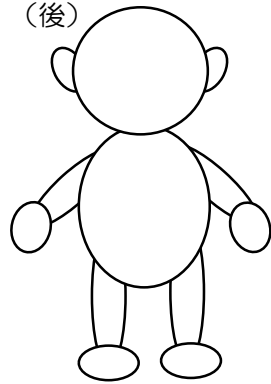
※太枠内に記入してください

与薬日	令和 年 月 日 ( )		
クラス ( ) 組	子どもの名前		
処方された日	令和 年 月 日 ( )		
病名			
医療機関名			
☎ ( ) -			
使用場所 ※貼っているところに ○印をつけてください。  (剥がれた場合、貼り直し はできません)	・テープには子どもの 名前を書いてください。  ・できるだけ子どもの 手の届かない背中 に貼ってください。  ・はがれないように サジカルテープ等で固定 し名前を書いてください。	(後) 	
診察を受けた医師より保育中も貼っておく必要があるとの指示がありました。			
保護者サイン _____			
確認者	登園時 ( )	昼食後 ( )	降園時 ( )

気管支拡張剤のテープ 連絡票  
(ホクナリンテープ等)

0~2歳児用

※太枠内に記入してください

与薬日	令和 年 月 日 ( )		
クラス ( ) 組	子どもの名前		
処方された日	令和 年 月 日 ( )		
病名			
医療機関名			
☎ ( ) -			
使用場所 ※貼っているところに ○印をつけてください。  (剥がれた場合、貼り直し はできません)	・テープには子どもの 名前を書いてください。  ・できるだけ子どもの 手の届かない背中 に貼ってください。  ・はがれないように サジカルテープ等で固定 し名前を書いてください。	(後) 	
診察を受けた医師より保育中も貼っておく必要があるとの指示がありました。			
保護者サイン _____			
確認者	登園時 ( )	昼食後 ( )	降園時 ( )