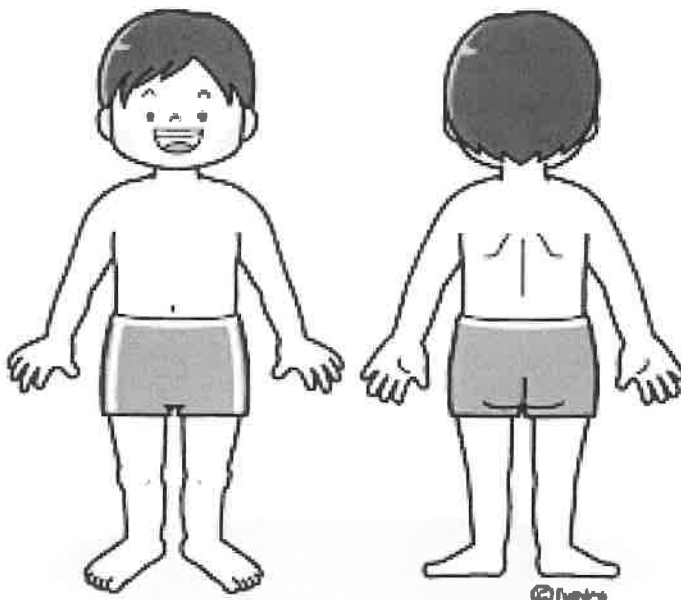


気管支拡張剤テープ確認書（保育用）

医師の診断を受けたところ、気管支拡張剤テープ（ホクナリンテープ等）を貼るよう指示がありましたので、貼って登園している旨をお知らせします。

提出日	年 月 日	クラス	
(フリガナ) 園児名	()	年 月 日生 (歳)	
		性別	男 ・ 女
保護者氏名		続柄	
病院（医院）名	病院（医院）		
医師名			
病名・症状			
処方年月日	年 月 日		
その他			

貼付場所に○を記入してください



確認保育士名