気管支拡張剤（ホクナリンテープ）のテープ　確認表

医師の診断により下記の通り指示があったのでお願いします

組　　児童名　　保護者名

依頼日	病院名	処方日	貼ってある部分	受付 保育教諭	降園時 確認保育教諭	備考
例）3/3	衣笠こども クリニック	3月2日	胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			
			胸　背中　腕　その他（　　）			