

気管支拡張剤テープ 貼付確認票

嶋こども園 園長様 年 月 日

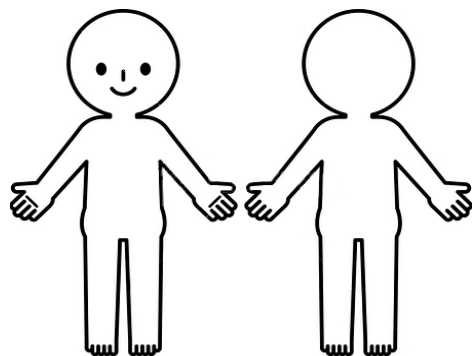
医師の指示により、気管支拡張剤テープを貼っています。尚、貼付による作用等の責任は、依頼者にあることを確認いたします。

依頼者 保護者名 _____

組 _____ 園児名 _____

- 確認票は登園時に必ず職員へ手渡しをし、貼っている箇所をお知らせください。
- テープ貼付時は、水遊びやプール遊びはできません。
- 剥がれた場合の替えはお預かりできません。
- 以下の場合は、園で取らせていただくことがあります。
* 確認票に沿って職員と確認していない * 剥がれかけている（誤飲防止のため）

貼付場所に○印をつけてください



※園記入欄

| | |
|------|--|
| 確認者印 | |
|------|--|

気管支拡張剤テープ 貼付確認票

嶋こども園 園長様 年 月 日

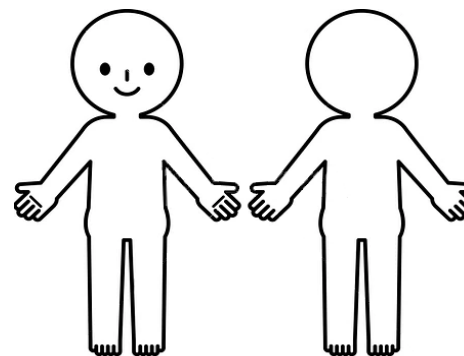
医師の指示により、気管支拡張剤テープを貼っています。尚、貼付による作用等の責任は、依頼者にあることを確認いたします。

依頼者 保護者名 _____

組 _____ 園児名 _____

- 確認票は登園時に必ず職員へ手渡しをし、貼っている箇所をお知らせください。
- テープ貼付時は、水遊びやプール遊びはできません。
- 剥がれた場合の替えはお預かりできません。
- 以下の場合は、園で取らせていただくことがあります。
* 確認票に沿って職員と確認していない * 剥がれかけている（誤飲防止のため）

貼付場所に○印をつけてください



※園記入欄

| | |
|------|--|
| 確認者印 | |
|------|--|

切り取り