

主治医の先生へ

新金岡西こども園

こども園における気管支拡張剤貼付についての連絡票

疾患の治療のため気管支拡張剤の貼付が必要である

園児名 () 生年月日 (年 月 日)

診断名

経過および現在の状況

・本日処方された薬は何月何日まで貼付が必要ですか。

① (薬剤名:) 月 日 ~ 月 日 まで

・貼付上の注意などがありましたら、ご記入をお願いします。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____