

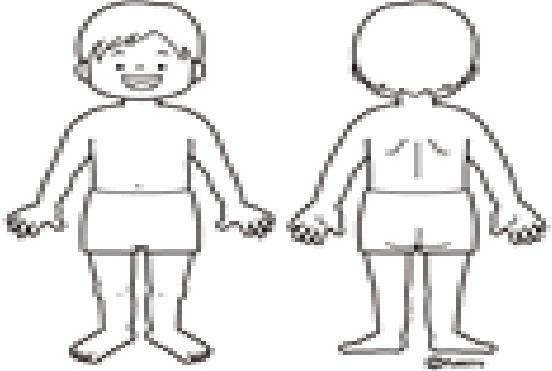
気管支拡張テープ依頼書

レイモンド下高井戸保育園 施設長殿

依頼日 年 月 日

記入の上、保育者又は看護師と一緒にご確認ください。

クラス名			
氏名	年 月 日生まれ		
保護者氏名		緊急連絡先	
医療機関名	電話番号		
病名または症状			

薬を処方された日 年 月 日	
テープの種類(名前)	
備考	貼っているところに○をつけてください

[注意事項]

- 1・テープには、名前と日付を記入して下さい。
2. 活動中に外れた場合は貼りなおすことはせずお返しします。

※施設記入欄

登所時確認者サイン	降所時確認者サイン