

気管支拡張剤テープ 確認票

(ホクナリンテープ等)

クラス名 園児氏名 保護者氏名 印

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり、気管支拡張剤のテープ（ホクナリンテープ等）を貼っています。

病院名

処方日

病名

風邪

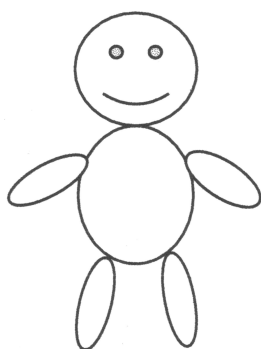
喘息

気管支炎

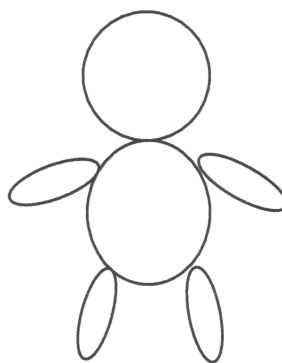
薬剤名

使用場所（印と日付を記入してください）

（前）



（後）



- ・気管支拡張剤テープは家庭で貼ってきたもののみ対応します。テープには名前と日付の記入をお願いします。
- ・朝の受け入れ時に使用部位を確認しますので、職員へ確認票を直接渡してください。未記入の箇所がある場合はお預かりできません。ご了承下さい。
- ・気管支拡張剤テープを貼って登園する日は毎日記入して提出してください。降園時に職員がサインしたものをお返しします。
- ・お薬手帳、薬剤提供書、薬袋のいずれかのコピーを1枚ご用意ください。ジッパー袋にこちらの用紙と、コピーを一緒に入れて提出してください。
- ・なるべく子どもの手が届かない部位（背中など）に貼ってください。
- ・午睡前のお着替え時に剥がれていないか確認します。
- ・保育中に剥がれてしまった場合は、ご持参いただいたジッパー袋に入れて返却いたします。新しいものに交換はできませんのでご了承下さい。
- ・剥がれた際その他児誤嚥防止のため、出来る限り剥がれ予防の保護テープや絆創膏等で覆っていただけるようにご協力お願い致します。
- ・使用後の用紙は園で保管しますので、投薬が終了したら提出をお願いします。