


表

点 眼 薬		
さま		
右眼	_____	回
1日 左眼	_____	回
両眼	_____	回
年	月	日
病医院名		
薬 局 名		

01

使用後はこの袋に入れて、
室温で保存してください。



裏

Blank reverse side of the bag.

65×100mm

□ : 透明