

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

 点眼後はこの袋に入れ冷蔵庫に
保管して下さい。

裏



65×100mm