

表

↓

点 眼 薬

さま

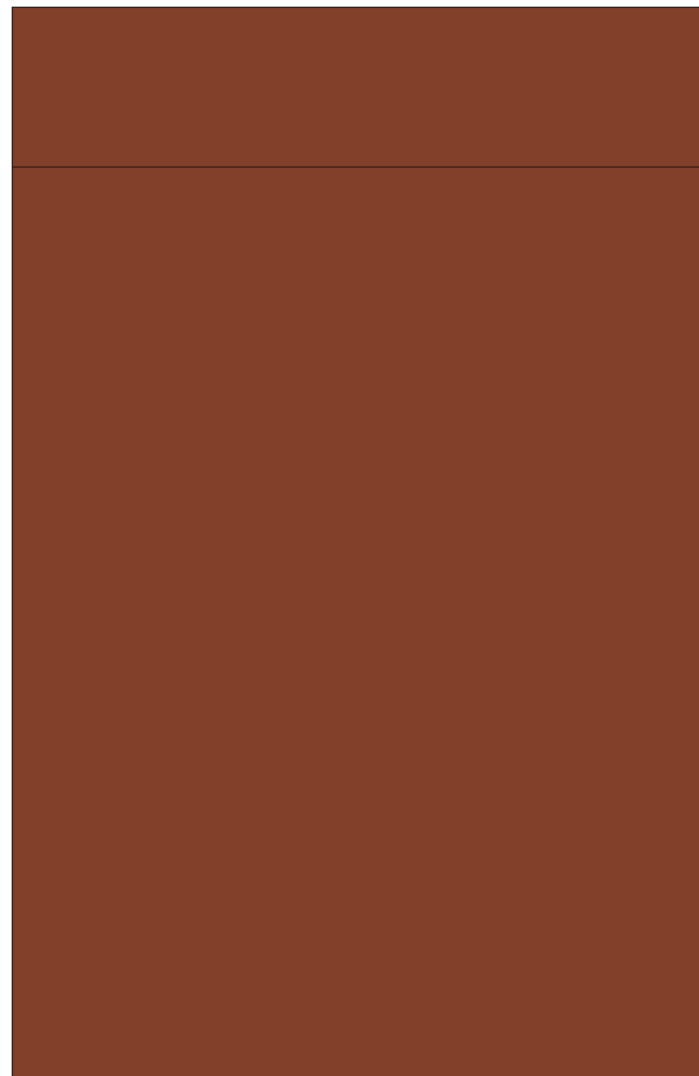
右眼 _____ 回
1日 左眼 _____ 回
両眼 _____ 回

年 月 日

病医院名
薬局名

 ● 使用後は必ずこの袋に入れて、
室温で保存して下さい。(冷蔵
庫には保存しないで下さい。)

裏



65×100mm