

表

↓

点 眼 ・ 鼻 薬

\_\_\_\_\_ さま

1 日 \_\_\_\_\_ 回

\_\_\_\_\_ 年 月 日

病医院名  
薬 局 名

 使用後はこの袋に入れ冷蔵庫に  
保管して下さい。

裏



65×100mm