

表

遮光袋

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

使用後は必ずこの袋に入れて、
室温で保存し、4週間以内に使用
してください。



裏

Blank reverse side of the eye drop sachet.

65×100mm

■ : 透明