

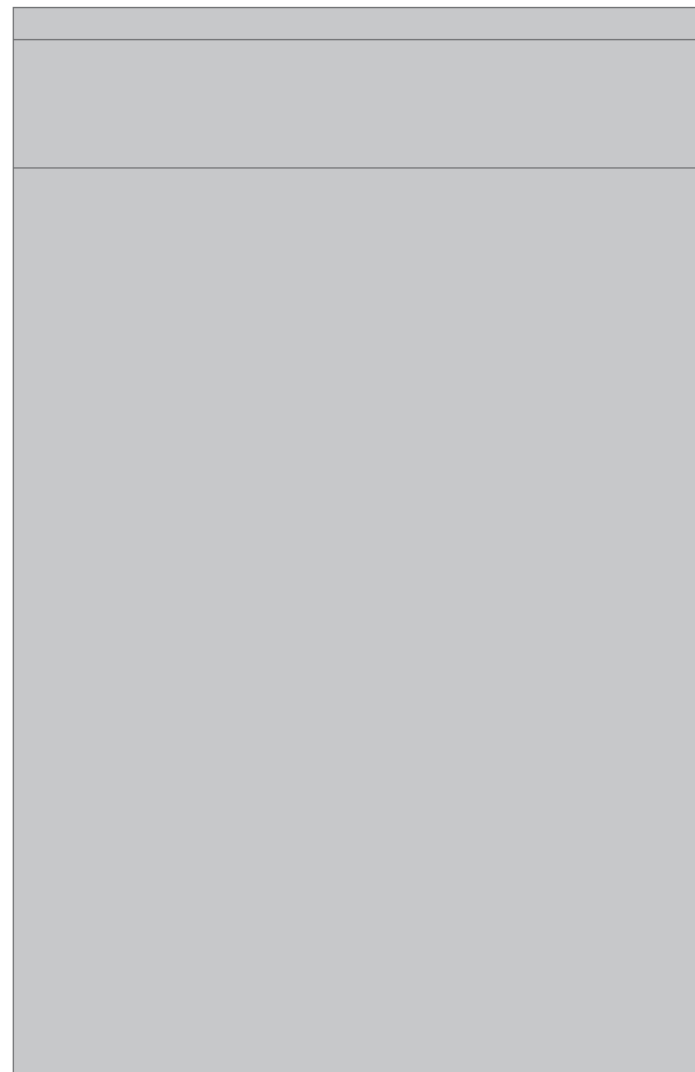
表

点眼薬		遮光袋
_____		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、
室温で保存してください。

00


裏



65×100mm

 : 透明