

表

点眼薬

_____さま

右眼____回


1日 左眼____回 点眼

両眼____回

____年__月__日

病医院・薬局名

本剤をご使用後は、この袋に入れて保存して下さい。



裏

Blank reverse side of the eye drop packet.

65×100mm
※表・中央枠内以外は透明