


# 表

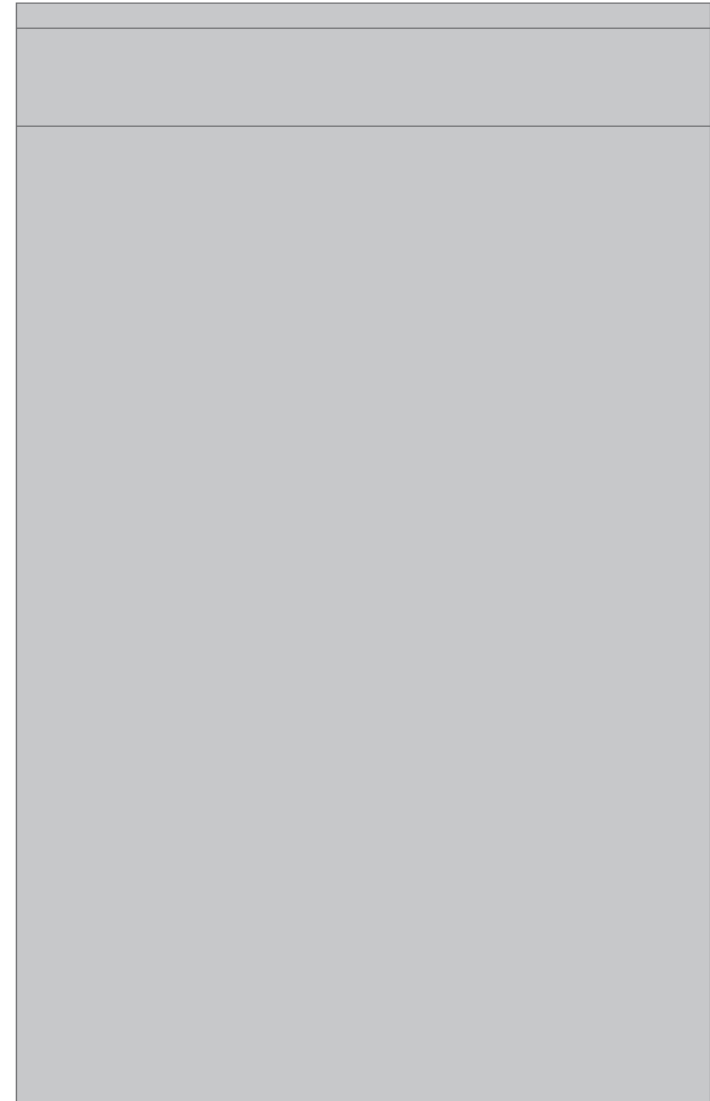
点眼薬			遮光袋
_____ さま			
_____ 右眼	_____ 左眼	_____ 両眼	
_____ 1日	_____ 回	_____ 点眼	
_____ 年	_____ 月	_____ 日	
病医院名 薬局名			

01



- このお薬は大きめの容器に入っていますので、薬液が少なく見えますが、治療に必要な量（5mL）は十分入っています。安心してご使用ください。
- 使用後は必ずこの袋に入れて、室温で保存してください。
- 開封後は4週間以内にご使用ください。
- ノズルの穴から針状のもので、絶対に突かないでください。

# 裏



80×135mm

■ : 透明