

**特定生物由来製品『**

**』管理簿(B)**

NO. \_\_\_\_\_

患者氏名	カルテ NO.	住 所

年月日	傷病名	ロットシール	年月日	傷病名	ロットシール

P: 辺縁性歯周組織炎歯周炎      □: 口内炎(潰瘍、口角炎)  
 乾: 口腔乾燥症      味: 味覚障害