

わたしは、エリキュース錠による 抗凝固療法を受けています。

患者さんへのお願い

お財布やカードケースなど、**いつも持ち歩くもの**にしまってください。
次のような場合には、このカードを医師、歯科医師、薬剤師の先生
がたに必ずご提示してください。

- 抜歯など歯の治療を受けるとき
- かかりつけ医以外の病院の診察や治療を受けるとき
- 医療機関で他の薬を処方されるとき
- 薬局などで他の薬を購入するとき

氏名

TEL

()

住所

主治医：

病院名：

本資材は医薬品リスク管理計画に基づき
作成された資材です。

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

ファイザー株式会社

EQ/2019/A11
ELQ57D001C
2019年10月作成