

医療従事者の皆様へのごお願い

名 前：

年 齢：

住 所：

T E L：

私は、**タダラフィル錠 ZA「サワイ」**を服用しています。
タダラフィル錠 ZA「サワイ」の服用後48時間以内は次の薬剤を
使用しないでください。

■硝酸剤及び一酸化窒素(NO)供与剤：

ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド等