

ラモトリギン錠25mg「サワイ」

3 4 週目

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ラモトリギン錠25mg「サワイ」 服薬指導シート成人用 A

ラモトリギン錠25mg「サワイ」

1 2 週目

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ラモトリギン錠25mg「サワイ」 服薬指導シート成人用 A

GULAM01APV01  
2018年6月5日

ラモトリギン錠25mg「サワイ」

服薬指導シート成人用 A

- バルプロ酸ナトリウムとの併用療法を行っているもしくは併用している患者さん用
- ラモトリギン錠「サワイ」の代謝への影響が不明な薬剤との併用療法を行っている患者さん用

お薬を服用中に、**発疹や下記のような症状**が現れた場合は、重篤な皮膚障害になる可能性がありますので、医師または薬剤師に相談してください。



↓このカードをはがして必ず常に携帯してください。

次回の診察時には  
必ず医師および薬剤師に  
このシートをご提示ください。

沢井製薬株式会社

※このカードは必ず常に携帯してください。

ラモトリギン錠「サワイ」を服用する患者さんへ  
医師または薬剤師に連絡し、医師の指示に従ってください。  
かかりつけの病院以外で診察を受ける場合にも、医師にこのカードを見せてください。  
患者さんより本カードの提示を受けた医師・薬剤師の先生へ  
患者さんはラモトリギン錠「サワイ」を服用しています。ラモトリギン錠「サワイ」を服用すると、発疹が起る場合があります。重篤な皮膚障害に進展する場合があります。いかなる発疹であれ発疹が確認されましたら、裏面のかかりつけ医師または薬剤師に相談してください。

— 服薬カード —

次回の診察時には必ず、医師および薬剤師にこのシートをご提示ください。  
シートでの服薬はこれで終わります。  
5週目からは通常のお薬シート（FPシート）での服薬となります。

15 日	<input type="checkbox"/>	15 日	<input type="checkbox"/>
16 日	<input type="checkbox"/>	16 日	<input type="checkbox"/>
17 日	<input type="checkbox"/>	17 日	<input type="checkbox"/>
18 日	<input type="checkbox"/>	18 日	<input type="checkbox"/>
19 日	<input type="checkbox"/>	19 日	<input type="checkbox"/>
20 日	<input type="checkbox"/>	20 日	<input type="checkbox"/>
21 日	<input type="checkbox"/>	21 日	<input type="checkbox"/>
22 日	<input type="checkbox"/>	22 日	<input type="checkbox"/>
23 日	<input type="checkbox"/>	23 日	<input type="checkbox"/>
24 日	<input type="checkbox"/>	24 日	<input type="checkbox"/>
25 日	<input type="checkbox"/>	25 日	<input type="checkbox"/>
26 日	<input type="checkbox"/>	26 日	<input type="checkbox"/>
27 日	<input type="checkbox"/>	27 日	<input type="checkbox"/>
28 日	<input type="checkbox"/>	28 日	<input type="checkbox"/>

3 週目 4 週目  
どちらかに○をつけてください(朝 または 夜)  
1日おきに1錠を服用してください

次回の診察時には必ず、医師および薬剤師にこのシートをご提示ください。

1 日	<input type="checkbox"/>	1 日	<input type="checkbox"/>
2 日	<input type="checkbox"/>	2 日	<input type="checkbox"/>
3 日	<input type="checkbox"/>	3 日	<input type="checkbox"/>
4 日	<input type="checkbox"/>	4 日	<input type="checkbox"/>
5 日	<input type="checkbox"/>	5 日	<input type="checkbox"/>
6 日	<input type="checkbox"/>	6 日	<input type="checkbox"/>
7 日	<input type="checkbox"/>	7 日	<input type="checkbox"/>
8 日	<input type="checkbox"/>	8 日	<input type="checkbox"/>
9 日	<input type="checkbox"/>	9 日	<input type="checkbox"/>
10 日	<input type="checkbox"/>	10 日	<input type="checkbox"/>
11 日	<input type="checkbox"/>	11 日	<input type="checkbox"/>
12 日	<input type="checkbox"/>	12 日	<input type="checkbox"/>
13 日	<input type="checkbox"/>	13 日	<input type="checkbox"/>
14 日	<input type="checkbox"/>	14 日	<input type="checkbox"/>

1 2 週目  
どちらかに○をつけてください(朝 または 夜)  
1日おきに1錠を服用してください

