

リバーロキサバン「サワイ」(抗凝固薬)を服用しています

氏名		体重:	kg	
生年月日	年	月	日	男・女
住所	〒			TEL:
病院名				TEL:
主治医				

錠 / OD錠 10mg 15mg 1日1回

_____年 _____月から服用しています。

リバーロキサバン「サワイ」を服用されている方へ

- このカードは、リバーロキサバン「サワイ」の服用中は、常に携帯してください。
- 他の医院・診療科・歯科医院等を受診される際は、必ずこのカードを提示してください。
- 主治医または薬剤師の指示どおりに服用してください。
- 出血などの副作用が気になる場合は、ご自身の判断で服用を中止せず、すぐに主治医へ連絡してください。