



●エスエーワン服用ガイド（表紙）



●エスエーワン服薬日誌（表紙）

受診時に提示してください

他の診療科や病院を受診する場合は、診察を受ける医師又は薬剤師に必ずこのカードを見せてください。また、現在使用している薬があれば、すべての薬を医師又は薬剤師にお知らせください。

氏名：.....
電話番号：.....
住所：.....

GU279004PV02 沢井製薬株式会社 2025年6月@3

診察される医師又は薬剤師の先生方へ

この患者さんは併用禁忌のあるエスエーワンを服用中です。

併用禁忌薬： **フッ化ピリミジン系薬剤**

医療機関名：.....
担当医師：..... 科名：.....
電話番号：..... 内線：.....

※本カードは患者さんにお返しください。

●エスエーワン受診時提示カード