

# イベニティ皮下注105mgシリンジで 骨粗鬆症を治療中の患者さんへ

イベニティを投与したことが他の医療関係者にわかるように、  
このシールをお薬手帳に貼ってください。

年 月 日に 投与 回目  
**イベニティを皮下注射しました。**

このお薬は、1ヵ月に1回、12ヵ月投与する骨粗鬆症の治療薬です。

医療機関名  
担当医師名

アムジェン株式会社 アステラス製薬株式会社

(’20年4月印刷) IS-NK  
EVN22002A01  
ROM201004IS2