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

('23年10月作成)IS-NK
EVN22002A02
ROM201004IS3