

リバーロキサバン錠・OD錠「バイエル」(抗凝固薬)
を服薬しています

服薬開始日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名	
病院名 (TEL)	
主治医	

リバーロキサバン錠・OD錠「バイエル」(抗凝固薬) を服薬しています

リバーロキサバン錠・OD錠「バイエル」を服薬している患者さんへ

- ◆本カードは、リバーロキサバン錠・OD錠「バイエル」を服薬中は、常に携帯してください。
- ◆他の病院・診療科・歯科医院等を受診される際は、必ずご提示ください。
- ◆リバーロキサバン錠・OD錠「バイエル」を服薬する際は、主治医の指示に必ず従ってください。また、出血などの副作用が気になる場合は、ご自身の判断で服薬を中止せず、主治医にすぐに、ご連絡ください。

第一三共エスファ株式会社

PP-Ri_GX-JP-0013-07-08

EPRIA1P00101-1

2024年11月作成