

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
イベニティを皮下注射しました。 回目

このお薬は、1カ月に1回、12カ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