

様

骨粗しょう症治療剤「**リクラスト**」で  
**1年間に1回**治療しています。

リクラスト  
注射日

年

月

日

次回の注射予定日が近づきましたら主治医と相談しましょう。  
旭化成ファーマ株式会社

おくすり手帳に貼ってください。

**リクラスト** 注射日

年

月

日

患者さん氏名

リクラスト 注射年月日

/ /

医療機関用

キリトリ線

歯科・口腔外科を含む医療機関を  
受診する場合はこのカードをご提示ください。

**私はビスホスホネート系薬剤で  
治療しています。**

病院名（連絡先）

本資材は医薬品リスク管理計画の  
一環として位置付けられた資材です。

GARC-201600001002