

リバーロキサバン「サワイ」 を服用される

じょうみやくけっせんそくせんしょう

静脈血栓塞栓症のお子さまと そのご家族の方へ



沢井製薬株式会社

リバーロキサバン「サワイ」について

リバーロキサバン「サワイ」は、血を固まりにくくする抗凝固薬^{こうぎょうこやく}のひとつで、血管の中で血が固まる病気^{じょうみやくけっせんそくせんしやう}（静脈血栓塞栓症）を治療したり予防したりするお薬です。

静脈血栓塞栓症は、下肢^{かし}（ふくらはぎや太もも）や上肢^{じょうし}（うで）、頭や肺などの血管に血栓ができて、つまってしまう状態のことです。

このお薬を服用し、血を固まりにくくすることで、血栓を小さくして、新たに血栓ができるのを防ぐ効果が期待されます。

お薬の飲み方

リバーロキサバン「サワイ」は、1日1回、食後に服用します。
医師または薬剤師に指示されたとおりに服用してください。

1日1回
食後に服用



毎日
なるべく
同じ時刻に

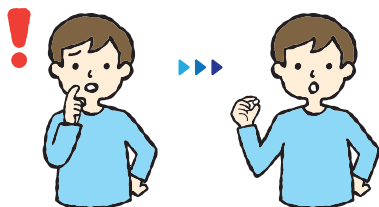
リバーロキサバン「サワイ」には以下の剤形^{ざいけい}があります。

| 製品名 | 剤形 | 製品写真 | 対象 |
|-------------------------------|-------------------|------|-------------|
| リバーロキサバン錠 10mg/15mg「サワイ」 | 錠剤 | | 体重 30kg～ |
| リバーロキサバンOD錠 10mg/15mg「サワイ」 | 口の中で速やかに 溶ける錠剤 | | |

お薬を飲み忘れてしまったときは

当日

翌日



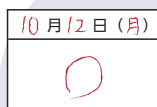
飲み忘れに気付いたときに、
すぐに1回分を飲んでください。
決して2回分以上を一度に服用し
ないでください。

次の服用まで
12時間以上
あけてください

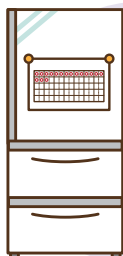


翌日から、毎日1回、
必ず服用してください。

飲み忘れを防ぐために・・・



お薬を飲んだら記録する
などして管理しましょう



目に付く場所に
服用した記録を
貼っておきましょう



時計や携帯電話の
アラームを
設定しましょう

処方された
お薬が余ったときは、
医師または薬剤師に
伝えてください。

お薬を吐き出したり、嘔吐したりして 飲めなかったときは

服用してから吐き出したり、嘔吐したりするまでの時間によって、以下のように対応してください。

- **服用から30分以内の場合**

1回分をもう一度服用してください。ただし、吐き気や嘔吐の症状を繰り返す場合は、すぐに医師に連絡してください。

- **服用から30分以上経過している場合**

もう一度服用したりしないで、次回の服用時に1回分を服用してください。

指示されたとおりに服用できないことが何度か続いたり、吐き出しや嘔吐を繰り返したりする場合は、医師に相談してください。

副作用について

リバーロキサバン「サワイ」を服用すると、血が固まりにくくなる一方で、出血しやすくなったり、血が止まりにくくなったりします。

- 鼻や歯ぐきからの出血、皮下出血（あおあざ）が起こりやすくなります。女兒の場合は、月経時の出血量が増えることがあります。

次のような症状があらわれても、ご自身の判断で服用をやめたり、飲む回数を減らしたりしないでください。症状が気になる場合は、医師と相談してください。

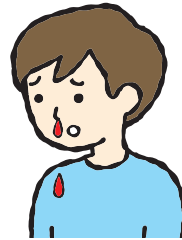
はなぢ
鼻血

は しゅつけつ
歯ぐきからの出血

ひかしゅつけつ
皮下出血（あおあざがでやすい）

げっけいかた
月経過多*（出血量が増えることがある）

*女兒の場合



- 重大な出血が起こることもありますので、服用中は十分に注意してください。

次のような症状があらわれた場合は、脳や内臓など、見えない部位で出血が起こっている可能性があります。**すぐに医師に連絡してください。**

突然、激しく泣く・ぐずる

ずつう
ひどい頭痛

は け おうと
吐き気・嘔吐

けつべん
血便（血液の色や黒色の便）

けつによ
血尿



- 出血が気になる場合は、**すぐに医師または薬剤師に連絡してください。**

<家庭でできる止血対策>

ケガなどによる^{しゅっけつ}出血のとき



タオルなどでしっかりおさえる(圧迫止血)^{あっぱくしけつ}

^{はなぢ}鼻血のとき



うつまいて^{はな}鼻をつまむ

- 出血を防ぐために、普段の生活の中で、次の点に注意してください。

- ・ やわらかい^は歯^{つか}ブラシを使って、やさしく^は歯^{みが}を磨きましょう。
- ・ ^{はな}鼻はやさしくかむようにしましょう。
- ・ ケガをするおそれのある^{さぎょう}作業や^{うんどう}運動は、なるべく^さ避けましょう。



出血のほかに、次のような副作用があらわれることがあります。
症状が認められた場合は、すぐに医師に連絡してください。

● かんきのうしょうがい おうだん
肝機能障害、黄疸

- ・ けんたいかん 倦怠感(全身のだるさ)
- ・ ひ ふ 皮膚や白目が黄色くなる など



● かんしつせいはいしっかん
間質性肺疾患

- ・ はつねつ 発熱
- ・ せき から咳(たんが出ないかわいた咳)
- ・ こきゅうこんなん 呼吸困難(日常動作で呼吸が苦しい、息が切れる)

など



● きゅうせいじんしょうがい
急性腎障害

- ・ にょう りょう 尿の量が少なくなる、尿がほとんど出ない
- ・ ふしゅ 浮腫(顔や手足がむくむ)

など



このほかにも気になる症状があらわれた場合は
医師または薬剤師に相談してください。

服用中の注意点

次のような場合には、**必ず事前に**医師または薬剤師に相談してください。

- ・発熱や咳などの症状で他の医療機関で治療を受ける場合
- ・歯の治療を受ける場合
- ・外科的手術を受ける場合
- ・他の医療機関でお薬を処方された場合や、市販薬を購入する場合

また、他の医療機関で治療を受ける際は、お薬手帳や『リバーロキサバン「サワイ」患者カード』などを活用し、このお薬を服用中であることを、医師または薬剤師に伝えてください。

| リバーロキサバン「サワイ」(抗凝固薬)を服用しています | | | |
|---|-------|-----|--------|
| 氏名 | | | 体重: kg |
| 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 | |
| 住所 | 〒 | | TEL: |
| 病院名 | | | TEL: |
| 主治医 | | | |
| 錠/OD錠 <input type="checkbox"/> 10mg <input type="checkbox"/> 15mg 1日1回 年 月 日から服用 | | | |

リバーロキサバン「サワイ」を服用されている方へ

- ・このカードは、リバーロキサバン「サワイ」の服用中は、常に携帯してください。
- ・他の医院・診療科・歯科医院等を受診される際は、必ずこのカードを提示してください。
- ・主治医または薬剤師の指示どおりに服用してください。
- ・出血などの副作用が気になる場合は、ご自身の判断で服用を中止せず、すぐに主治医へ連絡してください。

GLRIV02PV01 沢井製薬株式会社 2024年12月6/13



連絡先情報

| | | | | |
|-------------------|--------------|---|---|----|
| ふりがな | | | | 続柄 |
| 保護者の氏名 | | | | |
| 保護者の連絡先 (電話番号) | 自宅 携帯 | | | |
| ふりがな | | | | |
| お子さまの氏名 | | | | |
| お子さまの生年月日 | 年 | 月 | 日 | |

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 病院名 | | | |
| ふりがな | | | |
| 主治医名 | | | |
| 主治医連絡先 | | | |

リバーロキサバン「サワイ」服薬カレンダー

リバーロキサバン「サワイ」の服薬状況や、出血などの症状について「服薬カレンダー」に記録しましょう。

医療機関を受診する際は、医師に本冊子を提示してください。

リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら
○(丸印)を記入しましょう。

出血が起こった場合は、日時と部位、
止血方法などについて、詳しく記入し
てください。



医療機関を受診した場合は、受診日と
施設名を記入してください。

記入例

20XX 年 12 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|------|-----|-----|-----|------|------|------|
| 日 | 日 | 1 日 | 2 日 | 3 日 | 4 日 | 5 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 日 | 7 日 | 8 日 | 9 日 | 10 日 | 11 日 | 12 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | | | |
|-------------|--|------------|--|--------|--|--------|
| 出血 記入欄 | 12/3 夜8時ごろ鼻をかんだら鼻血が出た。しばらく鼻をつまんだら止まった。 | | | | | |
| | 12/11 朝起きた時にあおあざに気付いた。△△皮膚科へ行ったが特に異常はなかった。 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 受診日： 2 日 | | 受診日： 11 日 | | 受診日： 日 | | 受診日： 日 |
| 施設名： ○○総合病院 | | 施設名： △△皮膚科 | | 施設名： | | 施設名： |

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

- 突然、激しく泣く・ぐずる
- ひどい頭痛
- 吐き気・嘔吐
- 血便、血尿が出る
- その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

- 突然、激しく泣く・ぐずる
- ひどい頭痛
- 吐き気・嘔吐
- 血便、血尿が出る
- その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

- 突然、激しく泣く・ぐずる
- ひどい頭痛
- 吐き気・嘔吐
- 血便、血尿が出る
- その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | | | | |
|-----------|---|------|---|------|---|------|---|
| 出血 記入欄 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 受診日： | 日 | 受診日： | 日 | 受診日： | 日 | 受診日： | 日 |
| 施設名： | | 施設名： | | 施設名： | | 施設名： | |

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

- 突然、激しく泣く・ぐずる
- ひどい頭痛
- 吐き気・嘔吐
- 血便、血尿が出る
- その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

- 突然、激しく泣く・ぐずる
- ひどい頭痛
- 吐き気・嘔吐
- 血便、血尿が出る
- その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

右記に当てはまる場合は、すぐに医師に連絡してください。▶▶▶

歯の治療や外科的手術を受ける場合は、

年 月 リバーロキサバン「サワイ」を服薬したら○(丸印)を記入しましょう。

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--|
| 出血 記入欄 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | 受診日： 日 | |
| 施設名： | 施設名： | 施設名： | 施設名： | |

- 突然、激しく泣く・ぐずる
- ひどい頭痛
- 吐き気・嘔吐
- 血便、血尿が出る
- その他、出血が気になる

必ず事前に医師または薬剤師に相談してください。



医療機関名