

他の診療科・医療機関を受診する際は、このカードか治療日誌を提示してください。

エタネルセプトBS皮下注「日医工」を注射しています。

お名前

生年月日

年

月

日



日医工株式会社

エタネルセプトBS皮下注「日医工」治療を受けている医療機関

医療機関名

電話番号

主治医

注射開始日

年

月

日

エタネルセプトBS皮下注「日医工」の治療により免疫力が低下することがあるため、感染症にかかりやすくなる場合があります。感染症に十分注意してください。

N201900157