

連絡先カード

患者氏名： _____ (_____ 歳)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重： _____ kg

住 所： _____

電話番号： _____

アレルギー原因抗原： _____

緊急連絡先 氏名： _____ 続柄： _____

電話番号： _____

二つに折って、ネフィーの携帯ケースに入れてください。

医療機関名：

診療科名：

医師名：

電話番号：

次のような状況が発生したときは、噴霧器を持参の上、直ちに医療機関を受診してください。

- 本剤を使用したとき
- 噴霧器に不具合があったとき
- 使用期限が切れたとき

アルフレッサ ファーマ株式会社 ネフィーサポートセンター

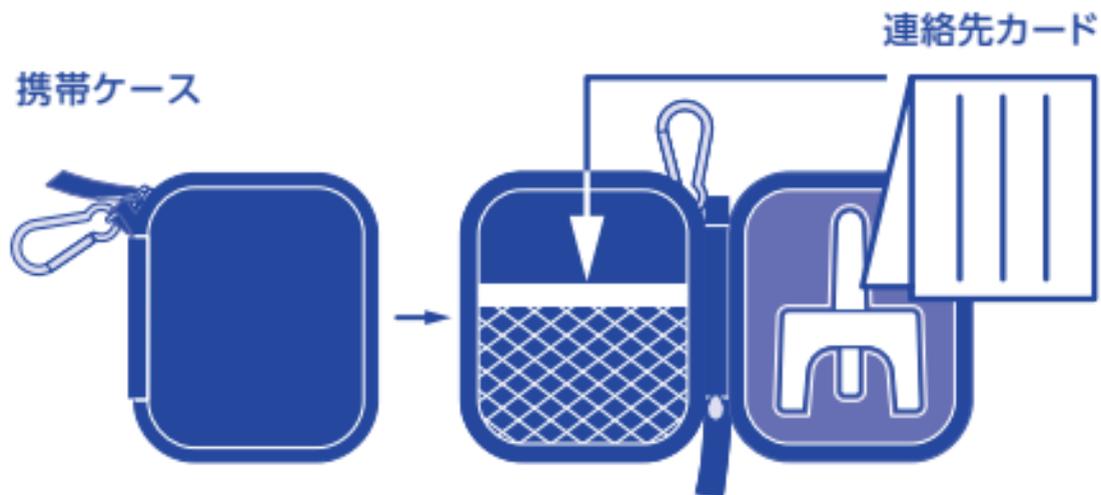
 0120-728-781

(9:00~18:00 日・祝・弊社休業日を除く)

連絡先カードのご使用方法

連絡先カードは、必要事項をご記入の上、携帯ケースのポケットに入れて保管してください。

ネフィーのご使用後に主治医以外の医師の診察を受けた場合は、必ずこのカードを提示してください。



二つに折って、ネフィーの携帯ケースに入れてください。

● 携帯ケース

携帯ケースは「大切なお知らせサービス」にご登録をいただいた後、ご自宅に郵送されます。

● 大切なお知らせサービス

ネフィーの使用期限が切れる前にお知らせするサービスです。以下のいずれかの方法でご登録をお願いいたします。

ネフィー製品ホームページ

<https://www.neffy.net/patients/>



ネフィーと一緒に受け取った

「登録用ハガキ」

