

オブジーボによる 治療を受けている方へ

オブジーボ連絡カード

+

おくすり手帳シール

オブジーボによる治療を適切に受けていただくために、
医療者への連絡カードとおくすり手帳シールを
セットでご用意しました。

中面の使い方をご確認いただき、必要事項を
ご記入のうえ、台紙からはがしてご使用ください。

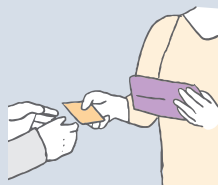
オプジーボ連絡カード

- オプジーボによる治療中または治療後に他の医療機関を受診したり薬局でお薬を処方してもらう際に、オプジーボによる治療を受けている(受けていた)ことを知らせるための連絡カードです。

使い方

- ① カードの記載欄にあらかじめご記入ください。
(裏面の「治療開始日」も忘れずにご記入ください)
- ② このカードを常に携帯し、医療機関の受付、または医師、看護師、薬剤師に提示してください。

お財布などに入れて
いつも持ち歩いてください。



オプジーボ 連絡カード

オプジーボの治療を受けている患者さんへ

- オプジーボによる治療中または治療後に他の医療機関を受診したり薬局でお薬を処方してもらう際は、必ずこのカードを提示してください。

名前：

オプジーボによる治療を
受けている医療機関名：

担当医師名：

(裏面もご記入ください)
記入欄 ▶

(あらかじめご記入のうえ、ここからはがしてご使用ください)

おくすり手帳シール

- お手持ちの「おくすり手帳」に貼っておくことで、副作用に対する注意やお薬の相互作用の確認などを医療者にうながすシールです。

使い方

- ①シールの記入欄をあからじめご記入いただき、お使いのおくすり手帳に貼ってください。
- ②医療機関や薬局でお薬を受け取る際は、おくすり手帳ご持参のうえ、このシールを貼ったページを開いて、医療者に確認してもらってください。

表紙の裏など、目につきやすい
ページに貼ってお使いください。



記入欄

医療者の皆さまへ	
免疫チェックポイント阻害剤 オプジーボ点滴静注 による治療歴があります。	
●本剤による副作用はあらゆる器官に発現する可能性があります。 ●異常が認められた場合には、担当医師と連携したうえで適切な対処をお願い致します。	
治療開始日：	年 月 日
治療を受けている 医療機関名：	
担当医師名：	
小野薬品工業株式会社 ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社	
詳しくはこちらをご覧ください 	
2023年7月作成 OPD-F11025A	

(あらかじめご記入のうえ、ここからはがしてご使用ください)

医療機関名

.....

電話番号：

.....

夜間緊急の電話番号：

.....

担当医師

.....

診療科

おもて

オペジーボ 連絡カード

オペジーボの治療を受けている患者さんへ

- オブジーボによる治療中または治療後に他の医療機関を受診したり薬局でお薬を処方してもらう際は、必ずこのカードを提示してください。

名前：

オブジーボによる治療を受けている医療機関名：

担当医師名：

うら

医師または看護師、薬剤師の皆さまへ

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗ヒトPD-1モノクローナル抗体

オブジーボ[®]点滴静注

20mg, 100mg, 120mg, 240mg

治療開始日

年 月 日

- 上記免疫チェックポイント阻害剤の使用歴があります。
- 本剤による副作用はあらゆる器官に発現する可能性があります。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、担当医師及び専門的な知識と経験を持つ医師と連携して適切な対処をお願い致します。

詳しくはこちらをご覧ください



小野薬品工業株式会社 プリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

2023年7月作成
OPD-F11025A

医療者の皆さまへ

免疫チェックポイント阻害剤 オプジーボ点滴静注 による治療歴があります。

- 本剤による副作用はあらゆる器官に発現する可能性があります。
- 異常が認められた場合には、担当医師と連携したうえで適切な対応をお願い致します。

治療開始日： 年 月 日

治療を受けている

医療機関名：

担当医師名：

詳しくはこちらを
ご覧ください



小野薬品工業株式会社 ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

2023年7月作成
OPD-F11025A