

## 資料請求カード

ご希望内容を下記にご記入の上、FAXでお送りください。

医療機関名		
科名		
ご担当者名		
ご住所 (ご送付 ご連絡先)	〒	—
	電話番号	—
資料名		ご希望部数
服薬指導箋	レミッチをお飲みになる方へ ～お飲みになる前に必ずお読み下さい～ (B7判4項)	部
	レミッチをお飲みになる方へ ～血液透析療法を受けている方へ～ (A5判16項)	部
かゆみチェック資料	かゆみチェックシート (B6判2項)	部
	このかゆみのつらさ伝えてみませんか？ 白取分類編 (A5判4項)	部
	このかゆみのつらさ伝えてみませんか？ VAS編 (A5判4項)	部
	血液透析療法を受けている方のかゆみ日誌 白取分類編 (A5判20項)	部
	血液透析療法を受けている方のかゆみ日誌 VAS編 (A5判20項)	部
生活指導資料	川柳で読み解く透析のかゆみ対策 (B5判15項)	部
	夏のかゆみ対策パーフェクトBOOK (A5判12項)	部
	冬のかゆみ対策大作戦！第2弾スキンケア編 (B5判12項)	部

※レミッチの慢性肝疾患患者に関する資料請求は大日本住友製薬へお問い合わせください。

大日本住友製薬株式会社 くすり情報センター 電話 ; 0120-034-389

ご記入ありがとうございました。後日、当社よりご郵送させていただきます。

なお、ご郵送までに1週間程度お時間をいただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

### 個人情報の取り扱いについて

弊社では、お申し込みいただくにあたり、ご提供いただきました方の住所・氏名・電話番号などの特定個人を識別できる情報（以下「個人情報」といいます）について、以下に記載の目的のために利用させていただいております。

1. お申し込み資料の送付
2. 弊社製品の適正使用情報の提供

なお、個人情報のその他取り扱い等につきましては、弊社のプライバシーポリシーをご覧ください。

鳥居薬品株式会社 お客様相談室 電話 ; 0120-316-834

鳥居薬品(株) お客様相談室 (FAX ; 0120-797-335) 宛にお送りください