

医療関係者 各位

2019年5月1日(水)より 投薬期間制限が解除されました。

経皮吸収型 アレルギー性鼻炎治療剤

[薬価基準収載]

処方箋医薬品^{注)} 注)注意—医師等の処方箋により使用すること

アレサガ®テープ 4mg 8mg

ALLESAGA® TAPE エメダスチンフマル酸塩経皮吸収型製剤

謹啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は弊社商品に格別のご高配をいただき、厚く御礼申し上げます。

このたび、経皮吸収型 アレルギー性鼻炎治療剤「アレサガ®テープ4mg・8mg」につきまして、2019年5月1日より投薬期間制限が解除されましたので、ご案内申し上げます。

今後ともなお一層のご愛顧をいただきますよう、宜しくお願ひ申し上げます。

謹白

久光製薬株式会社



アレサガ®テープ 4mg 薬袋



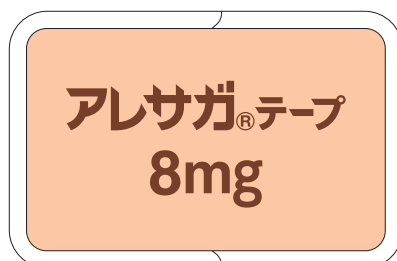
アレサガ®テープ 4mg 製剤(支持体側)



アレサガ®テープ 4mg 製剤(ライナー側)



アレサガ®テープ 8mg 薬袋



アレサガ®テープ 8mg 製剤(支持体側)



アレサガ®テープ 8mg 製剤(ライナー側)

※実際のサイズとは異なります。