

このカードはあなたがフォン・ヴィレブランド病であることを周囲の方に知らせるためのものです。あなたの情報や、かかりつけの病院および連絡先を記入し、携帯していただくことで緊急時などに役立ちます。

ミシン目より切り離してご使用ください。

 武田薬品工業株式会社

2020年3月作成

わたしはフォン・ヴィレブランド病患者です

氏 名 :

.....

生年月日 :

TEL :

.....

住 所 :

.....

病院

科

TEL :

This card intends to inform people around you that you have Von Willebrand disease.

Fill in your information and hospital information. Carry it in case of an emergency.

Detach it as indicated with the fold line.

 Takeda Pharmaceutical Company Limited

I have Von Willebrand disease

Name :

.....

Date of birth :

TEL :

.....

Address :

.....

Hospital :

Department:

.....

TEL :

2-1-7916