

ヒューマペン®ラグジュラ／ヒューマペン®ラグジュラHDをお使いの患者様へ

ヒューマペン®ラグジュラ／ヒューマペン®ラグジュラHDの耐用年数は、**ご使用開始から3年間**です。使用開始から3年が経過したヒューマペン®ラグジュラ／ヒューマペン®ラグジュラHDをお持ちの患者様は、主治医にご相談の上、新しいヒューマペン®ラグジュラ/ヒューマペン®ラグジュラHDと交換してください。



ご愛用登録カードについて

郵便はがき

〒651-8790 009

神戸市中央区磯上通7-1-5
三宮プラザビル
日本イーライリリー株式会社
安全性情報部

「ご愛用登録カード」係行

ご愛用登録カード

**ヒューマペン®ラグジュラ
をご使用中のみなさまへ**

この登録カードでご愛用登録
いただくと、より安全にご使用
いただくための「耐用年数終了の
お知らせ」をお届けいたします
(ヒューマペン®ラグジュラの耐用年数は
ご使用開始年月から3年間です)

ご愛用登録の流れ

添付の「ご愛用登録カード」に必要事項を記入し、投函※
（差出有効期間を過ぎても手の届く場合は不要です）

弊社にてご愛用登録カードの受付・登録

投函から約2週間以内に
封書で「登録のお知らせ」を郵送※

使用開始から期間も3年間が経過する時期に
封書で「耐用年数終了のお知らせ」を郵送

医療機関に耐用年数終了の旨を伝え、
新しいヒューマペン®ラグジュラに交換してください

※1 登録カードの差出有効期間を過ぎても
お返しの届く場合は不要です（そのまま投函してください）
※2 投函から2週間を過ぎても「登録のお知らせ」が
届かない場合は、リリーアンサーズへご連絡ください
（電話番号は裏面に記載されています）
また、登録内容に変更が生じた場合（住所変更、
使用中止など）についてもリリーアンサーズへ
ご連絡ください

製造販売元（資料請求先）
日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

Lilly

ご愛用登録カード記入例

※下記の記入例をご参照ください（必ず登録は必須項目です）

患者様のお名前	リリー 太郎
保護者のお名前	リリー 花子
ご住所	〒100-0001 兵庫県 神戸市 中央区 磯上通 X-X-X XXマンション
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日
電話番号	(078) XXXX-XXXX
Eメール	XXXXXX@XXX.ne.jp
かかりつけの 医療機関名 (所在地)	リリー 病院 (兵庫県 神戸市 西区)
ご使用開始年月	20XX 年 XX 月
製造番号	1234A56

※ この登録カードが記入されている注入器の
使用開始年月をご記入ください
ご記入後はお返しの封書（封筒）を必ずお送りください
（登録完了後に「登録のお知らせ」をお送りします）

ヒューマペン®ラグジュラ ご愛用登録カード

※この登録カードは、ご愛用登録カードとしてご使用ください。ご愛用登録カードとしてご使用ください。ご愛用登録カードとしてご使用ください。

患者様のお名前

保護者のお名前

ご住所

生年月日

電話番号

Eメール

かかりつけの
医療機関名
(所在地)

ご使用開始年月

製造番号

（いずれかにチェックをお願いします）
※1 上記医療機関から郵送があった場合、ご登録情報を
お知らせするまでに時間がかかる場合があります。

☐ はい ☐ いいえ

製品添付の「ご愛用登録カード」に記入して郵送
いただきますと、より安全にご使用いただく
ために「耐用年数終了のお知らせ」をお届け
いたします。新しいヒューマペン®ラグジュラ／
ヒューマペン®ラグジュラHDのご使用を開始
される際には、ぜひご登録をお願いいたします。

Lilly Answers リリーアンサーズ

日本イーライリリー 医薬情報問合せ窓口

0120-245-970 ※1

078-242-3499 ※2

<当社製品に関するお問い合わせ>

受付時間：月曜日～金曜日 8:45～17:30 ※3

<当社注入器に関するお問い合わせ>

受付時間：月曜日～土曜日 8:45～22:00

上記時間外は音声ガイダンスにて対応しています。

※1 通話料は無料です・携帯電話、PHSからもご利用いただけます。

※2 フリーダイヤルでの接続ができない場合、この電話番号におかけください。

※3 祝祭日および当社休日を除きます。