



## 「処方箋医薬品」指定解除に伴う変更のお知らせ

持続性選択H<sub>1</sub>受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤

# ロラタジンOD錠10mg「アメル」

(ロラタジン口腔内崩壊錠)

## LORATADINE

謹啓 平素は弊社製品に対し格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたびご愛顧頂いております持続性選択H<sub>1</sub>受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤ロラタジンOD錠10mg「アメル」につきまして厚生労働省告示第13号(平成29年1月13日付)により「処方箋医薬品」の指定が解除されましたので下記の通りご案内申し上げます。

今後とも一層のご愛顧を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

### 記

#### ■変更事項

- 「処方箋医薬品」の指定解除に伴い添付文書および個装箱より「処方箋医薬品」である旨の表示削除

変更箇所	変更前	変更後
規制区分	処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)	なし

#### ■変更品の出荷予定時期

2017年6月以降の出荷を予定しておりますが、在庫状況により変更品がお手元に届く時期が前後する場合がございます。また、しばらくの間は現行の「処方箋医薬品」表示の製品が流通致しますが、「処方箋医薬品」としての取扱いは不要です。何卒、ご了承くださいませようお願い申し上げます。

なお、変更品の出荷予定時期につきましては改めてご案内申し上げます。