

承認条件解除のお知らせ

選択的直接作用型第Xa因子阻害剤
リバーロキサバン口腔内崩壊錠

リバーロキサバンOD錠10mg「ニプロ」
リバーロキサバンOD錠15mg「ニプロ」

2026年8月
ニプロ株式会社

このたび、標記製品につきまして、厚生労働省医薬局医薬品審査管理課より承認条件の解除について事務連絡が発出されました。
これに伴い、下記のとおり、電子添文の「承認条件」を削除いたしましたので、お知らせいたします。

記

改訂後	改訂前(下線：削除)
(「承認条件」の項削除)	21. 承認条件 〈 <u>静脈血栓塞栓症の治療及び再発抑制(小児)</u> 〉 <u>医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。</u>

以上

製品に関するお問い合わせ先
ニプロ株式会社 医薬品情報室 ☎ 0120-226-898
受付時間：9:00～17:15(土・日・祝日およびその他弊社休業日を除く)