

本紙を医療機関に持参し、医師にご記入いただいでください。

渡航する国及び利用する航空会社により規制がある可能性があるため、ご自身で事前にご確認ください。

参照先 厚生労働省ホームページ: 海外渡航先への医薬品の携帯による持ち込み・持ち出しの手続きについて  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index_00005.html))

## Medication & Medical Kit Certificate

薬剤携行証明書

Date: / /  
日付 (日) (月) (年)

### To whom it may concern:

関係者の方へ

**This patient** has rheumatoid arthritis and

本患者(氏名)は関節リウマチのため、

**has been prescribed the following medications:**

次のような薬剤が処方されています。

● **GOLIMUMAB BS 50mg syringe for S.C. injection[F]**

ゴリムマブBS皮下注50mgシリンジ[F]

mg, once every 4 weeks

用法: 4週に1回の投与

● **Other Medications**

その他の薬剤

**GOLIMUMAB BS 50mg syringe for S.C. injection[F] must be self-injected by the patient who will therefore be in possession of medications, syringes and injection needles.**

ゴリムマブBSは自己注射であるため、患者は注射薬、注射器、注射針を所持しています。

**Name of Clinic/Hospital:**

医療機関名

**Address of Clinic/Hospital:**

住所

**Phone Number:**

電話番号 (+81)

**Name of Physician:**

医師名

**Signature:**

署名