

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。

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。

国内用

薬剤携行証明書

氏名： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

関係者の方へ

本患者は関節リウマチのため、次のような薬剤が処方されています。

● ゴリムマブBS皮下注50mgシリンジ[F]



本

用法：4週に1回の投与

● その他の薬剤

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。

注射器の破損・凍結を避けるために、飛行機内への持ち込みが必要です。

使用の直前まで箱に入れて持ち歩く必要があります。

使用済みの注射器は持ち帰り、下記の医療機関の指示に従って、廃棄します。

※本薬剤に麻薬成分は含まれません。

※本薬剤は下記の医師の処方箋によって処方されています。

この患者に関する詳細な情報は、下記の医療機関(主治医)までお問合せください。

医療機関名： _____

住所： _____

電話番号： _____

主治医署名： _____