

デュピクセント[®] をご自身で注射されている患者さんへ

航空機搭乗時の注意点 **国内線**

航空機の機内環境は地上とは異なり、症状に影響を与える可能性があります。出張や旅行などで、航空機を利用する際は、事前に以下の点について主治医に相談をしましょう。

✈️ 01. 出張・旅行の内容・期間

✈️ 02. 航空機内・現地での体調管理

✈️ 03. デュピクセント[®]を携行する必要数と投与スケジュール

✈️ 04. **薬剤携行証明書 (医師の署名が必要) (3枚目) の準備**

デュピクセント[®]の機内持ち込みの際の注意点

- 📦 通常、液体物は機内持ち込み制限がありますが、医薬品は例外となっています。
- 📦 デュピクセント[®]は貨物室では破損・凍結する可能性があるため、手荷物に入れて機内に持ち込んでください。
※デュピクセント[®]は冷蔵保存です。機内での薬剤の預け入れや冷蔵ができない場合は、保冷容器等のご用意をお願いします。
- 📦 デュピクセント[®]を機内へ持ち込む際、**薬剤携行証明書 (医師の署名が必要) (3枚目)**を提示すれば、よりスムーズに検査を受けられます。

注射について分からないことや不安なことがあれば、主治医や看護師に相談しましょう。

デュピクセント[®]の操作方法に関するご質問は
24時間 365日対応の
デュピクセント[®]相談室があります。

デュピクセント[®]の操作方法に関するご質問に
24時間365日、専任スタッフがいつでも対応します

24時間
365日

デュピクセント[®]相談室

フリーダイヤル
0120-50-4970

ゴー ヨク ナレ



薬剤携行証明書

日付: ●●●●年●月●日
氏名: サノフィ太郎 生年月日: ●●●●年●月●日
住所: ●●県△△市●● ▲-▲-▲

患者氏名 **サノフィ太郎** は、**アトピー性皮膚炎** の治療のため、次の薬剤を携行しています。

疾患を記入
(例:アトピー性皮膚炎、喘息、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎、結節性痒疹)

デュピクセント® (デュピルマブ) 皮下注
2 本 (在宅自己注射用)

携行本数を記入

デュピクセント®は適応疾患に応じて2週間に1本、または4週間に1本使用します。
破損・凍結の恐れがあるため、機内へ持ち込む必要があります。*要冷蔵

▶その他に使用している薬剤

××××× ×××××××××

×××××××××××

デュピクセント®以外の併用薬を記入

使用済の注射器は患者本人が持ち帰り、
医療機関名 ●●クリニック の指示に従って、廃棄します。

この患者に関する詳細情報は、下記の主治医まで住所、電話番号、又はFAXにてお問合せください。

医療機関名: ●●クリニック 主治医名: 佐野 フィ
住所: ○○県▲▲市●● △-△-△
電話番号: ●●●●-●●●●-●●●● FAX番号: ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲

主治医署名欄: 佐野 フィ

医師の署名が必要

薬剤携行証明書

日付： _____ 年 月 日
氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日
住所： _____

患者氏名

は、

の治療のため、次の薬剤を携行しています。

デュピクセント[®] (デュピルマブ) 皮下注

本 (在宅自己注射用)

デュピクセント[®]は適応疾患に応じて2週間に1本、または4週間に1本使用します。
破損・凍結の恐れがあるため、機内へ持ち込む必要があります。*要冷蔵

▶その他に使用している薬剤

使用済の注射器は患者本人が持ち帰り、

医療機関名

の指示に従って、廃棄します。

この患者に関する詳細情報は、下記の主治医まで住所、電話番号、又はFAXにてお問合せください。

医療機関名： _____ 主治医名： _____

住所： _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

主治医署名欄： _____