

デュピクセント[®] をご自身で注射されている患者さんへ

海外渡航時の注意点 **国際線**

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

医薬品の海外への持ち込みについて、入国先によっては持ち込み禁止の成分や持ち込める分量に上限がある場合があります。
事前に入国先の在日大使館などで確認しましょう。

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。
- 📦 デュピクセント[®]を機内へ持ち込む際、英文の**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サポート

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

Medicine & Medical kit Certificate

月/日/西暦の
順で記入

日付 date: ● / ●● / ●●●●
氏名 Name: Taro Sanofi
生年月日 Date of birth: ● / ●● / ●●●●
住所 Address: ▲—▲—▲, ○○, △△-City, ●●

疾患を記入
(例: atopic dermatitis, asthma)

患者の氏名は疾患名を治療するため、次の薬剤を携行しています。これらは営利目的で使用されず、個人使用にのみ限定されています。
患者の氏名 Taro Sanofi carries the following drugs to treat
疾患名 atopic dermatitis . It is not used for business or other purposes.

デュピクセント皮下注300mgシリンジ *要冷蔵
DUPIXENT® (dupilumab) Injection 300mg
その他の薬剤 Other drugs
XXXXXXXXX
XXXXXXXXX

デュピクセント®以外の
併用薬を記入

注意: 上記の薬剤は麻薬を含みません NOTE: Above items DO NOT contains narcotics.

デュピクセントの携行本数は旅行期間によります。携行する本数及び週数を記入してください。
The number of DUPIXENT® Injections depends on travel duration
本数 2 Injection(s) for 4 週数 weeks
本数及び週数を記入

使用済の注射剤は患者本人が日本に持ち帰り、医療機関名の指示にしたがって廃棄します。
All injections used are taken back to Japan by the patient himself and discard them as directed by 医療機関名 ●● clinic

この患者に関する詳細情報は下記の主治医まで住所、電話又はFAXにてお問合せください。
※下記に主治医名、住所、電話番号、FAX番号を記入してください。
For more information about this patient, please contact
Physician's name: Sano Fui
Address: △—△—△, ●●, ▲▲-City, ○○
TEL: 81-●●●●-●●●●-●●●●
FAX: 81-▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲

医師の署名が必要

主治医署名 Physician's Signature Sano Fui

薬剂携行証明書

Medicine & Medical kit Certificate

日付 date: _____ / _____ / _____
氏名 Name: _____
生年月日 Date of birth: _____ / _____ / _____
住所 Address: _____

患者の氏名は疾患名を治療するため、次の薬剂を携行しています。これらは営利目的には使用しません。

患者の氏名 _____ carries the following drugs to treat
疾患名 _____ . It is not used for business or other purposes.

デュピクセント皮下注300mgシリンジ *要冷蔵

DUPIXENT[®] (dupilumab) Injection 300mg *keep refrigerated

その他の薬剂

▶Other drugs

注意：上記の薬剂は麻薬を含みません NOTE: Above items DO NOT contains narcotics.

デュピクセントの携行本数は旅行期間によります。携行する本数及び週数を記入してください。

The number of DUPIXENT[®] Injections depends on travel duration.

Carry Injection(s) for weeks

使用済の注射製剤は患者本人が日本に持ち帰り、医療機関名の指示にしたがって廃棄します。

All injections used are taken back to Japan by the patient himself and discard them as directed by _____ .

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

※下記に主治医名、住所、電話番号、FAX番号を記入してください。

For more information about this patient, please contact

Physician's name: _____

Address: _____

TEL: _____

FAX: _____

主治医署名

Physician's Signature _____