

オンボー[®]を自己注射される患者さんへ

飛行機搭乗時の注意点 〈海外〉

出張や旅行などでオンボーを飛行機に持ち込む必要がある場合は、下記の3つのポイントに従って事前に主治医に相談し、その取り扱いについて確認しましょう。



ポイント
1

事前に主治医に相談しましょう

出張や旅行の内容・期間を確認し、外出先での体調管理やオンボーの投与スケジュール等について主治医とよく相談しておきましょう。

ポイント
2

薬剤携行証明書を用意しましょう

次ページに薬剤携行証明書のフォーマットを用意しています。右記を見本に、主治医に記載してもらいましょう。

携行本数を記載
(1回あたり2本必要)

見本

月/日/西暦の順で記載

| 薬剤携行証明書 Drug & Medical Kit Certificate | |
|---|--------------------------------|
| 名前(姓・名) Name: | ▲▲ ●● |
| 日付(西暦) Date: | ● / ● / 20XX |
| 私は潰瘍性大腸炎の治療のため、次の薬剤を携行しています。本薬剤を輸送したり、ほかの目的に使用したりすることはございません。 I carry the following drugs to treat ulcerative colitis. It is solely for my personal use and not for business or other purposes. | |
| オンボー(オムリズマブ)100mg皮下注射液(ミリキズマブ) Omvooh 100mg subcutaneous injection (Mirikizumab) | |
| Autoinjector オートインジェクター | Prefilled syringe プレーフィルド・シリンジ |
| | |
| X 2 injections | |
| Other drugs being taken: その他に使用しているお薬 ●●●●、▲▲▲▲ | |
| この薬剤は飛行機内での持ち込みが認められています。 To avoid breaking and freezing a device, the drug must be brought on board the airplane. 使用済みの装置は持ち込みます。丁寧な廃棄処理の指示に従って廃棄します。 All devices used are taken back to Japan by the patient himself/herself and discarded according to the instructions of the clinic / hospital below. ※本薬剤に麻薬は含まれません。 ※This drug DOES NOT contain narcotics. ※本薬剤は下記の医師の手に託して持ち込まれています。 ※This drug was prescribed by the following physician. この患者にオムリズマブを処方し、下記の医療機関(本院)までお問い合わせください。 For more information about this patient, please contact with | |
| 医療機関名 Name of Clinic/Hospital: | ●●●● clinic |
| 電話番号 TEL (+81) | ●●●-▲▲▲-XXXX |
| 住所 Address: | ▲▲▲-▲、●●●●、XXcity, ●●●● |
| 主治医署名 Physician's Signature: | ●● ●● |

ポイント
3

取り扱いにおける注意点を確認しましょう

- 医師から処方された注射器は、機内への持ち込みや使用が認められています。機内への持ち込みについては各航空会社へご相談ください。
- 注射器は貨物室で破損・凍結する可能性があるため、手荷物として持参しましょう。
- 保安検査の際には、注射器であることを伝えましょう。このとき、**薬剤携行証明書(次ページ)**を提示するとスムーズです。
- 使用済みの注射器は、必ず持ち帰り、医療機関から指示された所定の方法で廃棄しましょう。
- 渡航する国及び利用する航空会社により規制があるので、ご自身で事前に在日大使館及び利用する航空会社にご確認ください。
- 医薬品を渡航者が自ら持ち込まずに、別に郵送することは避けましょう。



見本(前ページ)にならって、薬剤携行証明書を作成しましょう。
本紙を医療機関に持参し、主治医に記載してもらいましょう。

<海外>

薬剤携行証明書 Drug & Medical Kit Certificate

氏名(名・姓)

Name:

日付(月/日/西暦)

Date:

/

/

私は潰瘍性大腸炎の治療のため、次の薬剤を携行しています。本薬剤を販売したり、ほかの目的に使用したりすることはありません。

**I carry the following drugs to treat ulcerative colitis.
It is solely for my personal use and not for business or other purposes.**

オンボー皮下注100mg(一般名:ミリキズマブ)

Omvooh100mg subcutaneous injection (Mirikizumab)

Autoinjector オートインジェクター



Prefilled syringe シリンジ

本
injections

Other drugs being taken その他に使用しているお薬

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。

To avoid breaking and freezing a device, the drug must be brought on board the airplane.

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。

All devices used are taken back to Japan by the patient himself/herself and discarded according to the instructions of the clinic / hospital below.

※本薬剤に麻薬成分は含まれません。

※This drug DOES NOT contain narcotics.

※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。

※This drug was prescribed by the following physician.

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。

For more information about this patient, please contact with

医療機関名
Name of Clinic/Hospital:

電話番号
TEL: (+81)

住所
Address:

主治医署名
Physician's Signature:

本薬剤について質問がある場合には、主治医や薬剤師に相談しましょう。



持田製薬株式会社