エブリスディ®ドライシロップ 60mg を服用されている患者さんへ

国内線の飛行機に乗るときの注意点

旅行や出張などで飛行機を利用する予定がある患者さんは、主治医の先生に相談しましょう。

主治医への相談内容

- 訪問する期間や飛行機の搭乗時間などのスケジュールを伝えましょう。
- 必要に応じて薬剤携行証明書（3 枚目）を作成してもらいましょう。

飛行機に乗るときの注意点

- お薬の瓶の破損を防ぐために、エブリスディは飛行機内に持ち込んでください。機内への薬剤の持ち込みについては各航空会社にご相談ください。
- 液漏れ防止のため、瓶を立てた状態で持ち運んでください。
- お薬を持ち運ぶ際は、凍らせた保冷剤を入れたエブリスディ専用保冷バッグをご使用ください。
- 保安検査、その他、必要に応じて薬剤携行証明書（3 枚目）をご提示ください。証明書には主治医の署名が必要です。

すべての革新は患者さんのために
CHUGAI 中外製薬株式会社
Roche ロシュ グループ

2023 年 3 月改訂
EVR0026.02

記載例

主治医の先生と相談して、以下の網掛けの部分を 3 枚目の薬剤携行証明書に記載してください。
医師の署名欄は、主治医の先生に記載してもらってください。

薬剤携行証明書

作成日： 2023 年 3 月 1 日

氏名：中外　太郎

生年月日： 2000 年 1 月 1 日

住所：○○県○○市○○町○○-○○

（氏名）
中外　太郎 は脊髄性筋萎縮症治療剤として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。

エブリスディ®ドライシロップ 60mg（一般名：リスジプラム）　＊要冷蔵

（期間）　（数）
1 週 間滞在するため、 1 瓶携行しています。
薬瓶の破損を避けるために、飛行機内への持ち込みが必要です。
薬剤を保冷するため、保冷剤とともに持ち込みます。

注釈:
1) 本薬剤に麻薬成分は含まれていません。
2) 本薬剤は次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次の医師までお問合せください。

医師の名前: ●●　●●

医療機関名: △△病院

住 所：□□県□□市□□町□□-□□

Tel: 00-0000-0000

Fax: 00-0000-0000

E-mail: xxxxx@xxx.xxx

医師の署名： （主治医の署名）

薬剤携行証明書

作成日：＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿＿ 月 ＿＿＿＿ 日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿＿ 月 ＿＿＿＿ 日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は脊髄性筋萎縮症治療剤として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。

エブリスディ®ドライシロップ 60mg（一般名：リスジプラム）　＊要冷蔵

（期間）　（数）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿間滞在するため、＿＿＿＿＿＿瓶携行しています。
薬瓶の破損を避けるために、飛行機内への持ち込みが必要です。
薬剤を保冷するため、保冷剤とともに持ち込みます。

注釈:
1) 本薬剤に麻薬成分は含まれていません。
2) 本薬剤は次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次の医師までお問合せください。

医師の名前: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住 所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Tel: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Fax: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿