

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。

Medication & Medical Kit Certificate

薬剤携行証明書

Date: _____ / _____ / _____
日付 (日) (月) (年)

To whom it may concern:

関係者の方へ

This patient _____ has rheumatoid arthritis and

本患者(氏名)は関節リウマチのため、

has been prescribed the following medications:

次のような薬剤が処方されています。

● Simponi® (Golimumab)

シンボニー®(成分名ゴリムマブ)

_____ mg, once every 4 weeks

用法: 4週に1回の投与

● Other Medications

その他の薬剤

Simponi® (Golimumab) must be self-injected by the patient who will therefore be in possession of medications, syringes and injection needles.

シンボニー®(成分名ゴリムマブ)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。

Name of Clinic/Hospital:

医療機関名

Address of Clinic/Hospital:

住所

Phone Number:

電話番号

(+81)

Name of Physician:

医師名

Signature:

署名