

フェニルケトン尿症の治療のためにパリンジック<sup>®</sup>を使用されている方へ

# 飛行機搭乗・出入国の際の注意点

パリンジック<sup>®</sup>での治療中、旅行などで飛行機に乗る予定や他の国への出入国の予定がある場合は、安全に治療を継続するため、事前に主治医の先生に相談してください。

また、航空会社や渡航先によって、医薬品の持ち込み・持ち出しには事前の手続きや医師が記載した書類などが必要になることがあります。旅行などを計画される際は、利用する航空会社や渡航先の在日大使館に問い合わせ、医薬品の持ち込み・持ち出しについて確認してください。

参考：厚生労働省ホームページ：海外渡航先への医薬品の携帯による持ち込み・持ち出しの手続きについて  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index_00005.html)  
(2025年11月現在)

## 主治医への相談事項

- 旅行などの内容とスケジュール（どこへ、どんな目的で、何日間行くか）
- 滞在先での体調管理、気をつけること
- パリンジック<sup>®</sup>を携行する数、投与スケジュール、保管方法の確認
- 薬剤携行証明書の作成

## その他の注意点

- パリンジック<sup>®</sup>を持ち運ぶ際、凍らせた保冷剤といっしょに保冷バッグに入れてください。
- 破損や凍結を防ぐため、飛行機搭乗の際は手荷物として機内に持ち込んでください。
- 保安検査や出入国審査の際、必要に応じて次ページの薬剤携行証明書をご活用ください。
- 使用した投与用シリンジおよび注射針は、必ず持ち帰り、次の受診時に医療機関に持参してください。

B:OMARIN<sup>®</sup>

2025年11月作成  
COM-ET-0948

主治医の先生と相談し、必要に応じてこの証明書を作成してください。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 Medicine & Medical Kit Certificate

作成日（月/日/西暦） / Date (mm/dd/yyyy) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

（ ）さんはフェニルケトンの診断を受け、下部に記載の医療機関で治療中です。自己注射を行う必要があるため、次の薬剤を携行しています。商業目的では使用しません。

氏名（名・姓） / Name: \_\_\_\_\_ has been diagnosed with  
phenylketonuria and is currently receiving treatment at the medical institution listed below.  
This patient requires self-injection for the treatment of this condition and is carrying the following medicines. It is solely for personal use and not for business or other purposes.

薬剤名 / Name of Medicine:

パリンジック<sup>®</sup>皮下注用 0.4mg/0.56mg/1.2mg [一般名：ペグバリアーゼ（遺伝子組換え）]

**Palynziq<sup>®</sup> for Subcutaneous Injection (pegvaliase)**

携行個数 / Quantity:

患者さんは（ ）日間滞在するため、パリンジック<sup>®</sup>を（ ）本携行しています。

**This patient is carrying** (個数) \_\_\_\_\_ **of Palynziq<sup>®</sup> for a** (期間) \_\_\_\_\_ **-day stay.**

注意 / NOTE:

この薬剤には麻薬成分は含まれていません。

**This medicine DOES NOT contain narcotics.**

薬剤の品質を保つため、保冷バッグと保冷剤を持ち込む必要があります。

**To maintain the quality of the medicine, refrigerant packs and a insulated bag are required.**

使用済みの注射器は自宅へ持ち帰り、下記の医療機関の指示に従って廃棄します。

**All used syringes will be taken back home and discarded in accordance with the instructions from the following medical institution.**

医師名 / Name of Physician:

医療機関名 / Name of Medical Institution:

住所（建物名・階数、丁目-番地-号、町村、市区、都道府県） / Address of Medical Institution:

電話番号 / Phone Number of Medical Institution:

(+81)

医師の署名 / Physician's Signature:

\_\_\_\_\_

主治医の先生と相談し、必要に応じてこの証明書を作成してください。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(記載例) Medicine & Medical Kit Certificate

作成日 (月/日/西暦) / Date (mm/dd/yyyy) : 12 / 1 / 2025

( **山田 太郎** ) さんはフェニルケトンの診断を受け、下部に記載の医療機関で治療中です。自己注射を行う必要があるため、次の薬剤を携行しています。商業目的では使用しません。

氏名 (名・姓) / Name: **Taro Yamada** **has been diagnosed with phenylketonuria and is currently receiving treatment at the medical institution listed below.**

**This patient requires self-injection for the treatment of this condition and is carrying the following medicines. It is solely for personal use and not for business or other purposes.**

薬剤名 / Name of Medicine:

パリンジック<sup>®</sup>皮下注用 0.4mg/0.56mg/1.2mg [一般名: ペグバリアーゼ (遺伝子組換え)]

### **Palynziq<sup>®</sup> for Subcutaneous Injection (pegvaliase)**

携行個数 / Quantity:

患者さんは ( **5** ) 日間滞在するため、パリンジック<sup>®</sup>を ( **5** ) 本携行しています。

**This patient is carrying** (個数) **5** **of Palynziq<sup>®</sup> for a** (期間) **5** -day stay.

注意 / NOTE:

この薬剤には麻薬成分は含まれていません。

**This medicine DOES NOT contain narcotics.**

薬剤の品質を保つため、保冷バッグと保冷剤を持ち込む必要があります。

**To maintain the quality of the medicine, refrigerant packs and a insulated bag are required.**

使用済みの注射器は自宅へ持ち帰り、下記の医療機関の指示に従って廃棄します。

**All used syringes will be taken back home and discarded in accordance with the instructions from the following medical institution.**

医師名 / Name of Physician:

**Hanako Sato**

医療機関名 / Name of Medical Institution:

**BioMarin Hospital**

住所 (建物名・階数、丁目-番地-号、町村、市区、都道府県) / Address of Medical Institution:

**JR Shinjuku Miraina Tower, 1-6 Shinjuku 4-chome, Shinjuku-ku, Tokyo, Japan**

電話番号 / Phone Number of Medical Institution: (+81) **120-555-386**

医師の署名 / Physician's Signature:

**Hanako Sato**