

Certificate of Injection Device for treatment of Rheumatoid Arthritis
関節リウマチ治療用 注射キット持参の証明書

I am carrying the following items for treatment of Rheumatoid Arthritis.

私は関節リウマチの治療のために、下記の注射製剤を持参しています。

Date of Issue 作成年月日： _____ / _____ / 20 (D/M/YR) (日/月/西暦)

Name 氏名： _____ (英語)

Address 住所： _____ (英語)

Date of Birth 生年月日： _____ / _____ / _____ (D/M/YR) (日/月/西暦)

Description of Injection Device 注射キットの説明

Name 注射の名称： _____ **KEVZARA (sarilumab) injection** _____

Form of Administration 投与方法： _____ **Subcutaneous Injection** 皮下注射 _____

Dosage and Intervals of Administration 用量と投与間隔：

_____ **200mg** _____ • _____ **150mg** _____ once every two weeks

Number of Injection Devices 持参している本数： _____

Name of Personal Physician 主治医： _____ (英語)

Name of Institution 病院/医院の名称： _____ (英語)

Address 病院/医院の住所： _____ (英語)

E-mail Address 主治医のメールアドレス： _____

Physician's Signature 主治医のサイン：

_____ (英語)