

8 医療用麻薬服用中の患者の海外渡航の際の手続き

自己の疾病の治療目的で医療用麻薬を使用している者（海外の医療機関において治療目的で医療用麻薬を使用している者を含む。）が海外へ渡航する場合など、事前に地方厚生局長の許可を受けることで、当該麻薬を携帯して出国あるいは入国することができる。

1) 許可の申請

許可を受けるには、麻薬携帯輸出許可申請書または麻薬携帯輸入許可申請書（携帯して出入国する場合は両方）^{*}を作成し、医師の診断書を添えて申請者の住所あるいは入港する港や空港を管轄する地方厚生（支）局麻薬取締部に出国日又は入国日の2週間前までに提出する。（短期的に海外渡航した後帰国する場合など、同時に提出可）

- ※参考 図8-1 麻薬携帯輸出許可申請書記載例
図8-2 麻薬携帯輸入許可申請書記載例

（申請書様式は地方厚生（支）局にて入手可）

- 申請書の作成などの手続きについて、各地区の地方厚生（支）局麻薬取締部にて相談を受付けている。
- 海外に居住している者が日本に入国する場合は、入国（入港）する地区の地方厚生（支）局麻薬取締部にて相談を受付けている。
（参考）表8 医療用麻薬携帯輸出（輸入）許可申請書の提出（連絡）先

(記載例1)

麻薬携帯輸出入(輸出)許可申請書

	品名	数量
携帯して輸出入(輸出)しようとする麻薬	〇〇××錠 10mg (硫酸モルヒネ)	10錠 (100mg)
輸出入(出国)する理由	観光のため	
麻薬の施用を必要とする理由	疾病の疼痛緩和のため	
輸出入(出国)の期間	平成20年〇月〇5日	
輸出入(出国)港名	新東京〇〇空港 〇〇航空△△便	
上記のとおり、麻薬を携帯して輸出入(輸出)したいので申請します。 平成20年〇月10日 トウキョウト チヨダク 住所 〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇 〇-〇-〇 Kousei O ro 氏名 厚生 〇郎 印 03-5000-1000 (連絡先電話) 関東信越厚生局長 殿		

(注意) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

本申請書は主治医△△ ××が代筆しました。

代筆者署名 印

図8-1 麻薬携帯輸出入許可申請書記載例

(記載例 2)

麻薬携帯輸入（輸出）許可申請書

	品 名	数 量
携帯して輸入（輸出） しようとする麻薬	〇〇××錠 10mg (硫酸モルヒネ)	10錠以下 (100mg 以下)
入国（出国）する理由	帰国のため	
麻薬の施用を必要とする理由	疾病の疼痛緩和のため	
入国（出国）の期間	平成20年〇月〇日	
入国（出国）港名	新東京〇〇空港 〇〇航空△△便	
<p>上記のとおり、麻薬を携帯して輸入（輸出）したいので申請します。</p> <p>平成20年〇月10日</p> <p style="text-align: right;">トキョウト チヨダ</p> <p>住所 〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇 〇-〇-〇</p> <p>Kousei Oo 氏名 厚生 〇郎 印</p> <p style="text-align: right;">03-5000-1000 (連絡先電話)</p> <p>関東信越厚生局長 殿</p>		

(注意) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

本申請書は主治医△△ ××が代筆しました。

代筆者署名 印

図8-2 麻薬携帯輸入許可申請書記載例

表8 許可申請書提出(連絡)先

地方厚生(支)局名	管轄地域	麻薬取締部の連絡先
北海道厚生局	北海道	〒060-0808 札幌市北区北八条西2-1-1 Tel:011-726-3131 Fax:011-709-8063
東北厚生局	青森県、岩手県 宮城県、秋田県 山形県、福島県	〒980-0014 仙台市青葉区本町3-2-23 Tel:022-221-3701 Fax:022-221-3713
関東信越厚生局	茨城県、栃木県 群馬県、埼玉県 千葉県、東京都 神奈川県、山梨県 長野県、新潟県	〒102-8309 東京都千代田区九段南1-2-1 Tel:03-3512-8691 Fax:03-3512-8689
東海北陸厚生局	静岡県、愛知県 三重県、岐阜県 富山県、石川県	〒460-0001 名古屋市中区三の丸2-5-1 Tel:052-951-0688 Fax:052-951-6876
近畿厚生局	福井県、滋賀県 京都府、大阪府 兵庫県、奈良県 和歌山県	〒540-0008 大阪市中央区大手前4-1-76 Tel:06-6949-6336 Fax:06-6949-6339
中国四国厚生局	鳥取県、島根県 岡山県、広島県 山口県	〒730-0012 広島市中区上八丁堀6-30 Tel:082-227-9011 Fax:082-227-9174
四国厚生支局	徳島県、香川県 愛媛県、高知県	〒760-0019 高松市サンポート3-33 Tel:087-811-8910 Fax:087-823-8810
九州厚生局	福岡県、佐賀県 長崎県、熊本県 大分県、宮崎県 鹿児島県、沖縄県	〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-10-7 Tel:092-472-2331 Fax:092-451-4539

■ 医師の診断書の記載時の留意点

診断書の記載については、次の事項を確認する。

- ・ 患者と申請者が同一であること
- ・ 住所
- ・ 氏名
- ・ 麻薬の施用を必要とする理由
- ・ 1日当たりの麻薬処方量
- ・ 1日当たりの麻薬服用量
- ・ 携帯する麻薬の総量 など

2) 許可証明書の交付

- 申請書類に不備がなく、許可が行われた場合には、麻薬携帯輸出許可書または麻薬携帯輸入許可書（ともに日本語で記載）及び麻薬携帯輸出許可証明書または麻薬携帯輸入許可証明書（ともに英語で記載）が各1通ずつ交付される。
- 出国あるいは入国時に税関でこれらの書類を提示する。

3) 渡航先での注意点

- 渡航先によっては、主治医の診断書(英語)及び我が国の地方厚生(支)局麻薬取締部で発行された麻薬携帯輸出(輸入)許可証明書(英語)以外にも書類や事前の許可手続きが必要な場合がある。
- どのような手続きが必要か、事前に情報を得て、準備しておく必要がある。

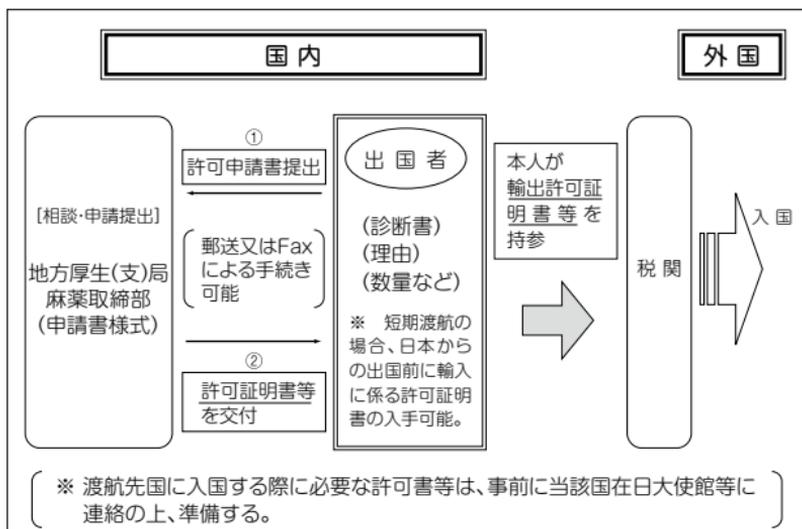


図8-3 医療用麻薬を患者が携帯して出国する場合の手続きの流れ

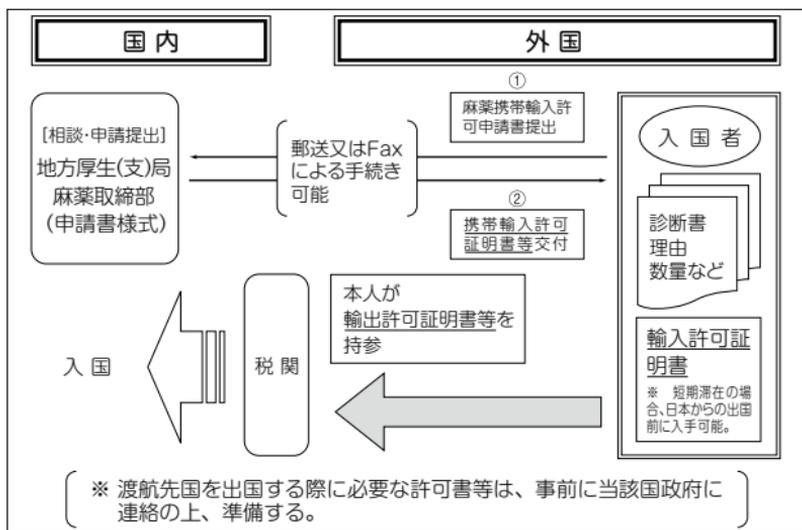


図8-4 医療用麻薬を患者が携帯して入国する場合の手続きの流れ

Hospital name and address

Example.)
○○○ Medical Center
Address : ○-○-○, ○○○, Chiyoda-ku, Tokyo, JAPAN
Tel : 03-○○○○-○○○○ Fax : 03-○○○○-○○○○

PATIENT MEDICATION SUMMARY

Date:

Patient Name and Address:

Date of Birth:

Medications:

Example.)
This letter is to certify that ○○ has △△△ Cancer. I recommend Morphine Sulfate Hydrate (trade name □□□), one tablet once a day for pain relief of this condition. Therefore she will require to carry 10 tablets for the duration of her holiday in Japan from April ○th,2012 to May ○th,2012.

・ Morphine Sulfate Hydrate : □□□ ○mg

signature
Dr,

図8-5 主治医の診断書（英語）の文例