国立病院機構福岡病院　地域医療連携室　宛

（FAX　０９２－５６６－６９１０）

小児の患者様の「舌下免疫療法薬」に関する緊急搬送先医療機関の登録依頼書

標記の件について、アレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法（アレルゲン免疫療法）薬を処方するにあたり、アナフィラキシー等の発現の恐れがあることから、「緊急搬送先医療機関登録」が必要条件となっております。

つきましては、小児の患者様において当院に「緊急搬送先医療機関登録」を希望される医療機関は、下記へ必要事項を記入して、当院地域医療連携室へFAXにて送信下さるようお願い申し上げます。当院にて申請内容を踏まえて、回答させていただきます。

なお、緊急搬送について、当院の受入状況等により、結果的に他施設へ搬送されるケースがあることをあらかじめご了承下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日） | | |
| 施設名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 処方薬名 |  | | |
| （製薬会社名） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| TEL/FAX | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | |
| 申請者（代表者） | ※自署 | | |
|  | |  |  |
|  | | 〈返信欄〉 |  |
|  | |  |

施設名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下

本申請に対しまして　　→　　　承諾いたします　　　　　　　承諾できかねます

独立行政法人国立病院機構　福岡病院

院長　　𠮷田　誠