

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 吉田 誠