福岡大学病院　地域医療連携センター　宛

**【直通FAX　（０９２）８６２－８６２２】**

「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、当院を「緊急搬送先医療機関」として登録希望される医療機関の皆様は、下記へ必要事項を記入のうえ、当院　地域医療連携センターへFAXにて送信くだ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、FAXにて回答させていただきます。

なお、緊急搬送については、当院の受入状況等により、結果的に他施設へ搬送される可能性があることを予めご了承ください。

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

医療機関名：

　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御侍史

本申請に対しまして　　→　　　承諾いたします　　　　　　　承諾できかねます

福 岡 大 学 病 院

病　院　長　　　岩　﨑　　昭　憲

（お問い合わせ先）福岡大学病院　地域医療連携センター（医事課　地域医療連携担当）

TEL：（092）801-1011（代）　内線4695