国立病院機構横浜医療センター　医事室　宛

（FAX：045-853-8366）

「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について

　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、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につきましては、下記【登録事項】に入力のうえ当院医事室までFAXにて送信いただけますようお願い申し上げます。

　なお、緊急搬送先医療機関として登録した場合でも、緊急搬送先につきましては、当院の受入状況等により、他施設へ搬送されることもございますので、あらかじめご了承ください。

※ 舌下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の登録が必要条件となっております。

【登録事項】

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 施設名 |  |
| 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

登録依頼について　　　　　□　承認いたします　　　　　□　承認できかねます

独立行政法人国立病院機構　横浜医療センター

院長　　宇治原　誠