

様式 2 号

日本医科大学多摩永山病院
医療連携室（FAX：042-372-7385）宛

『舌下免疫療法薬』に関する緊急搬送先医療機関登録について

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おそれがあることから、『緊急搬送先医療機関登録』が必要条件となりました。

当多摩永山病院に、『緊急搬送先医療機関登録』の依頼を希望される医療機関様は、下記へ必要事項を記入して、当院医療連携室へ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、FAXに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事を予めご了承下さい。

申請日	平成	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)	※自著			

----- 〈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

日本医科大学多摩永山病院 院長 中井 章人