

2020年4月

【FAX 送信先】

大和市立病院

患者サポートセンター (FAX: 046-200-3080) 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』が必要条件となっております。

大和市立病院を、『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していただき、当院患者サポートセンターへ 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、救急隊の判断や当院の受入状況等により、結果的に他施設（輪番病院等）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		
受講修了医師名			
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

大和市立病院 病院長

(問合せ先) 大和市立病院 患者サポートセンター 地域連携科
TEL: 046-260-0111 (代) / FAX: 046-200-3080 (直)