

※1部につき、1病(医)院。
複数の勤務先を掲載ご希望の場合、
それぞれを記入してご送付ください。

患者相談協力専門医等名簿作成のためのアンケート用紙

最初にご質問。該当する方へ☐付けてください。

1. あなたは医師ですか？

はい いいえ → 以下のご記入不要です。



2. アレルギーの診療をしていますか？

はい いいえ → 以下のご記入不要です。



3. アレルギー専門医ですか？

はい いいえ



4. 「患者相談協力専門医等名簿」への掲載を許諾しますか？

はい いいえ



署名捺印の上、次ページ以降のアンケートの回答をお願いします。

姓名 _____ ⑩

所属あるいは所在地 _____

ご協力ありがとうございます。**8月31日必着**にて、ご返送下さい。

提出先・問合せ先

(公財)日本アレルギー協会

〒102-0074東京都千代田区九段南4-5-11富士ビル4階

TEL:03-3222-3437 FAX:03-3222-3438

個人情報の取扱いについて

当アンケートにより取得した情報は、「患者相談協力専門医等名簿」(以下名簿)刊行のためにのみ利用いたします。

名簿製作に当たっては、業者に対し個人情報の委託を行います。このとき情報漏洩や第三者提供等しないよう、委託契約により義務づけ、適切な管理を実施いたします。

配布対象先

名簿掲載の先生方、協会役員、患者会、賛助会員および官公庁などの関連主要施設

アンケート用紙のダウンロードは、www.jaanet.org 日本アレルギー協会サイトからも入手できます。複数の勤務先を掲載ご希望の場合、書き直ししたいときにご利用ください。

記入方法

例) 専門のアレルギー疾患(複数可)

小児喘息 成人喘息 耳鼻 花粉 口腔 皮膚 眼

食物 薬物 ラテックス ハチ アナフィラキシー

金属 ペット 蕁麻疹 光過敏 膠原病

その他

アトピー性皮膚炎

姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)	卒業年(西暦)
掲載を希望しない場合は記入不要				
年				
病(医院)名				
所属				
地位(肩書)				
郵便番号		都道府県		
所在地				
所在地(カナ)				
Eメール・フAX名				
TEL		FAX		
E-mail				
掲載を希望しない場合は記入不要				
掲載を希望しない場合は記入不要				

標準診療科(複数可)

内科 小児科 耳鼻咽喉科 皮膚科 眼科 アレルギー科

呼吸器科 呼吸器内科 リウマチ科 心療内科

その他

診療日(複数可)

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前
<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後
<input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 全日

診療日に関する補足説明 例) ホームページを参照してください など(最大20字)

専門のアレルギー疾患(複数可)

小児喘息 成人喘息 耳鼻 花粉 口腔 皮膚 眼

食物 薬物 ラテックス ハチ アナフィラキシー

金属 ペット 蕁麻疹 光過敏 膠原病

その他

特殊な診断・治療法 (最大20字。字間的根拠の乏しいもの、民間療法的なものをご遠慮ください。当方で削除することがあります。)

備考

減感作療法 可 不可

New 舌下免疫療法 可 不可 **新設の選択肢につき、必ず回答ください。**

食物負荷試験 可 不可

入院 可 不可

急患受付 可 不可

予約 要 不要

紹介状 要 不要

要・不要のいずれかを
選択してください。