

※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 → 以下のご記入不要です。  
↓
- 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。

### 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。

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

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				
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)				
ビル・マンション名				
TEL		FAX		
E-mail		ホームページ		
掲載を希望しない場合は記入不要				
ご自身の標榜診療科(複数可)				
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> その他 → ( )				

備考	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 減感作療法	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 舌下免疫療法	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 食物負荷試験	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 入院	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 急患受付	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 予約	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 紹介状
<input type="checkbox"/> 望ましい <input type="checkbox"/> 望ましい <input type="checkbox"/> 望ましい <input type="checkbox"/> 望ましい							

専門のアレルギー疾患(複数可)	<input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> 成人喘息 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> ハチ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ペット <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 光過敏 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> その他 → ( )
特殊な診断・治療法 (最大20字までに収める。20字以上は当方で削除することがあります。)	
20字	40字

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
診療日に関する補足説明 (例)ホームページ参照 など、最大20字までに収める。	
20字	40字

(ご注意ください:2段目に記入されている場合、文字数制限20字をオーバーしています)

(ご注意ください:2段目に記入されている場合、文字数制限20字をオーバーしています)