



アレルギー外来を受診された方へ

ふりがな		男・女	生年月日	
お名前	様		昭・平・令	年 月 日生
			被保険者との続柄	
ご住所	〒		電	自宅 ()
			話	携帯 ()

来院時 ()度

① 今日は何のようなことでいらっしゃいましたか？

② いつ頃からどのような症状がありましたか？

例) 8 か月時に初めてうどんを食べて 30 分後に顔が赤くなった。

③ 乳児湿疹は生後 3 か月以内にありましたか？()

④ 今までにアレルギーの治療を受けたことがありますか？どのような内容でしたか？

⑤ アレルギー以外で相談したいことはありますか？

⑥ 当院を知ったきっかけは何ですか？

ネット検索(ホームページ、その他のサイト)、知人の紹介、看板、
新聞の折り込み、チラシ、通りすがり、その他()

⑦ 来院方法は何ですか？ 徒歩、自転車、自家用車、バス、電車、タクシー

⑧ ご要望があればなんでもどうぞ

()