

※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9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4-1-8 第二小磯ビル2階 (返信用封筒は旧住所で記載され

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

ていますが、そのまま届きます)

|                                 |                                |                                |                                    |                             |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 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<br>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)                         |                                |                                |                                    |                             |
| 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                 |                                | 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"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病科 |                             |
| <input type="checkbox"/> 心療内科   | <input type="checkbox"/> その他   | ( )                            |                                    |                             |

(呼吸器科は呼吸器内科と呼吸器外科に致しました)

|   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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)

|   |                               |                                 |                                   |                             |
|---|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 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"/> 皮膚       | <input type="checkbox"/> 眼  |
| <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病             |                               |                                 |                                   |                             |
| <input type="checkbox"/> 花粉                   | <input type="checkbox"/> ダニ   | <input type="checkbox"/> 真菌(カビ) | <input type="checkbox"/> ペット      | <input type="checkbox"/> 食物 |
| <input type="checkbox"/> ハチ                   | <input type="checkbox"/> 薬物   | <input type="checkbox"/> ラテックス  | <input type="checkbox"/> 金属       |                             |
| <input type="checkbox"/> 蕁麻疹                  | <input type="checkbox"/> 口腔   | <input type="checkbox"/> 光過敏    | <input type="checkbox"/> アナフィラキシー |                             |
| <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   |                               |                                 |                                   |                             |

(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)

|        |                            |                             |                               |
|--------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 備考     |                            |                             |                               |
| 皮下免疫療法 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 不可 |                               |
| 舌下免疫療法 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 不可 |                               |
| 抗体製剤治療 | <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"/> 可 | <input type="checkbox"/> 不可 |                               |
| 予約     | <input type="checkbox"/> 要 | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 望ましい |
| 紹介状    | <input type="checkbox"/> 要 | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 望ましい |