

※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

該当する方へ を付けてください

1. あなたは医師ですか？

はい

いいえ → 以下の記入は不要です



2. アレルギーの診療をしていますか？

はい

いいえ → 以下の記入は不要です



3. 「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 → 以下の記入は不要です



ご署名の上、次ページ以降のアンケートに回答をお願いします

該当する場合には を付けてください

日本アレルギー学会専門医

はい

日本喘息学会専門医

はい

姓名 _____

所属名 _____

所在地 _____

6月21日必着 遅れると掲載できません

同送の日本アレルギー学会宛封筒にてご返送ください

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(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)				
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 ()			

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

(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。20字以内でお願いします)

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

(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。20字以内でお願いします)

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