

(月)

(ふりがな)

お名前 男・女 (歳)

体温 °C / 体重 Kg

症状・相談内容

[]

①気管支喘息 (あり・なし・不明)

現在の治療 (吸入・内服・その他)

②アトピー性皮膚炎 (あり・なし・不明)

現在の治療 (ステロイド軟膏・保湿・内服)

③食物アレルギー (あり・なし)

(卵・乳・小麦・大豆・米・えび・かに)

(魚介類・その他)

④薬のアレルギー (あり・なし)

⑤アレルギー性鼻炎 (あり・なし)

⑥アレルギー性結膜炎 (あり・なし)

⑦じんま疹 (あり・なし)

⑧家族のアレルギー歴 (あり・なし)

⑨ペット (あり・なし)

⑩家族の喫煙者 (あり・なし)

〒

住所：_____

電話番号：_____