

(月)

(ふりがな)

お名前

男・女 (歳)

体温

℃ / 体重

kg

・ (喘息・お肌・食物アレルギー) の診察

() の診察

採血希望 ・ 検査結果 ・ 診断書

その他症状 ()

・ (喘息・お肌・その他) 症状の方にお聞きします

症状の調子はよいですか？

よい ・ かわらない ・ 悪い

・ お薬はしっかり内服 (塗布) できていましたか？

はい ・ いいえ

・ 食物アレルギー診察の方にお聞きします

・ 前回の診察から今回まで食物によるアレルギーは

ありましたか？ はい / いいえ

原因食物

(卵・乳・小麦・大豆・米・えび・かに)

(魚介類・その他)

いつ？ ()

症状は？ ()

※住所は変更時のみ記入お願いします

〒

住所：

電話番号：