アレルギー科問診票

受診年月日　　年　　月　　日

☆**本日はどのようなご相談ですか？**　□にレ点をつけてください。

□ シックハウス症候群についての相談

□ アレルギー減感作治療についての相談

□ 喘息についての相談

□ アトピーについて、皮膚病についての相談

□ 食物アレルギーについての相談

□ その他（簡単で結構ですので、ご記入ください。）

身長　　cm

体重　　kg

他院投薬　□ ない　□ ある…記入↓又はお薬手帳をご提出ください。

薬名　（　　）

ご協力ありがとうございました。

285436