

↑ FAX.03-5638-2124 ↑

TO：財団法人日本予防医学協会内 アレルギー相談センター

アレルギー相談 申込書

日時： 年 月 日 ()

ふりがな
相談者：

年齢： 歳 性別： 男 ・ 女

認知方法： チラシ ホームページ 新聞 () その他 ()

ご住所： (〒 -)

Tel： E-mail：

後日連絡： 要 ・ 不要 連絡先： Tel E-mail

相談対象： 本人 配偶者 子 その他 ()

年齢： 歳 性別： 男 ・ 女

疾患名等：
 成人喘息 小児喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
 蕁麻疹 食物アレルギー 薬物アレルギー 病因的抗(アレルギー)
 減感作療法 検査 接触性皮膚炎 シックハウス症候群
 その他 ()

相談区分： 専門医紹介 日常生活 症状診断 通院・治療 薬剤 苦情 その他

相談内容：

- ファックス申込みの場合：上記内容にご記入の上お申込みください。
- ご記入いただいた個人情報は、本事業目的以外での使用はいたしません。

