**「アレルギーよろず相談室」にご参加いただき、ありがとうございます**

**お話しをお聞きするにあたり、以下のアンケートにご回答いただければ幸いです。**

**＊お名前　　　　　　　　　　　　（ふりがな　　　　　　　　、性別　男・女）**

**＊生年月日　　　　　年　　月　　日、　　本日の日付　　　　年　　月　　日**

**＊当院の受診歴はありますか？　あり・なし**

**＊連絡先：ご住所**

**電話番号**

**＊これまでの経過について、わかる範囲でご記入ください。**

**＊現在お困りな点、お聞きになりたい点をご記入ください**

**ありがとうございました。**