

愛知県アレルギー疾患医療に関する調査票（診療所用）

【令和3年 月 日時点】

医療機関名	
所在地	
〔連絡先〕 氏 名	
電話・FAX	
メールアドレス	

1 アレルギー科以外の主な診療科目（1つのみ○を付してください。）

内科 ・ 呼吸器内科 ・ 小児科 ・ 皮膚科

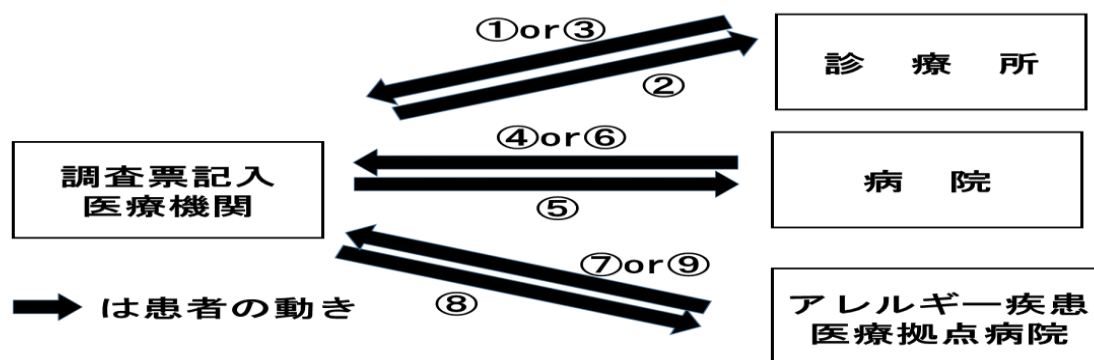
耳鼻咽喉科 ・ 眼科 ・ その他（ ）

2 アレルギー疾患患者の紹介・逆紹介の1年間の実績（令和2年4月1日～令和3年3月31日）の有無について、ご回答ください。

相手方 問い	診 療 所	病 院	愛知県アレルギー 疾患医療拠点病院 注)
アレルギー疾患患者の紹介 を受けたことがありますか	① 有 ・ 無	④ 有 ・ 無	⑦ 有 ・ 無
アレルギー疾患患者を紹介 したことがありますか	② 有 ・ 無	⑤ 有 ・ 無	⑧ 有 ・ 無
紹介したアレルギー疾患患 者の逆紹介を受けたことが ありますか	③ 有 ・ 無	⑥ 有 ・ 無	⑨ 有 ・ 無

※ この調査における「逆紹介」とは、紹介を受けた患者を、紹介元の医療機関へ紹介することを言います。

注) 名古屋大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院、藤田医科大学ばんだね病院、藤田医科大学病院、愛知医科大学病院、あいち小児保健医療総合センター



(裏面に続く)

