

小児アレルギーFAX 予約用診療情報提供書

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院

先生 名称
住所 〒
医師名
電話 FAX
印

フリガナ 氏名	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無 患者番号()	
生年月日	平・令 年 月 日生 (歳)	
住所	〒 電話：自宅 () - 連絡先 () -	
※保険情報	本人・家族	【保険者番号】 【記号】 【番号】 本人・家族
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
診断名	食物アレルギー	主訴 食物負荷試験目的
紹介目的	1 診察 2 検査 3 入院 4 その他 ()	

※保険情報は可能な限りご記入願います。(院外処方箋(写)のFAX送付でも構いません)

①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他	
栄養：母乳・混合・人工乳(銘柄) ・アレルギー用ミルク(銘柄)	現在の食物除去状況：(○；摂取可、△；不完全除去、 ×；完全除去、？；未摂取) 卵・乳製品・小麦・大豆・米 鶏肉・牛肉・豚肉 エビ・カニ・イカ・ソバ・ピーナツ その他 ()
乳児湿疹：□あり □なし □不明 ◆発症月齢； 才 か月) ◆ステロイド軟膏効果； □良好 □不良 □未使用 □どちらでもない	アフィキシン歴：□あり □なし □不明 一番最近のアフィキシン歴： 原因食物： 発生日： 年 月 日
(患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好)	

予約希望日 又は曜日	第1 (月 日 / 曜日) 第2 (月 日 / 曜日)
---------------	-------------------------------

備考 1. 必要に応じて、画像診断のフィルム、検査記録を添付してください。
2. 控用の複写をとってから交付してください。

■ 神戸市立医療センター中央市民病院 患者総合支援センター TEL 078-302-6031
FAX 078-302-2251

【中央市民病院宛】