**アレルギー領域での医師・メディカルパートナー見学申し込みシート**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 勤務先 |
| 連絡先（自宅）  　TEL（携帯）  E-mail | 連絡先（勤務先）  TEL | |
| 目的 | | |
| 見学希望内容  希望する項目に1-5まで順位をつけてください  　 ( )喘息治療の考え方　 ( )吸入指導　( )ダニ対策　( )運動負荷検査  ( )生物学的製剤導入と継続指導　( )呼吸機能検査の実施、解釈  ( )食物アレルギー症状の見分け方と対処　( )エピペン指導　( )皮膚外用指導  ( )舌下免疫導入とその継続指導　( )皮膚プリックテスト  ( )食物経口負荷試験見学　( )喘息発作入院における喘息教育  ( )アトピー性皮膚炎教育入院における指導　( )外用実践見学  ( )栄養指導の見学（予約状況で日程調整）  ( )食物負荷試験オーダーチェックポイント＜主に栄養士＞  ( )吸入指導（主に成人）　( )プリックテスト用薬液の調製＜主に薬剤師＞  ( )外来・入院での上記に対応する外来・入院における医師業務  重点的に希望する内容がありましたら記載してください | | |
| 希望日程（希望日に☑してください）  2025.11.12（水）　　　　　 2026.2.18（水） | | |
| 実施日（福岡病院記入）   * 各部門は、実施終了後に実施内容をチェックし経営企画係長まで提出してください | | |

2025.4改定