

# アレルギー検査報告書

病院名

様 提出医

先生

患者名

**SAMPLE**

様

カルテNo.

科名

年齢

性別

院内区分

受付番号

採取日

年

月

日

受付日

年

月









日

報告日

年

月

日

特異IgE(アレルゲン)	クラス	IU <sub>A</sub> /ml	0	1	2	3	4	5	6	イネ科 植物花粉	
			陰性 0.10	微弱 陽性 0.35	弱陽性 0.7	陽性			17.5		
										雑 草 花 粉	
										樹 木 花 粉	
										動 物	
										ダ ニ 真 菌	
										室 内 塵	
										昆 虫	
										食 物	
										そ の 他	

	検査結果	基準値
IgE	IU/ml	170以下

# : 再検査  
 ○ : 以上  
 △ : 未満  
 > : 未