ダニ検査申込書

受付Ｎｏ

受付年月日	令和　　年　　月　　日		
ふりがな		ＴＥＬ	
氏　　名		携　帯	
住　　所	〒　　－		
検査を申込まれた理由 (〇印を入れてください)	念のため（　　）　　かゆみ　（　　）　　アレルギー性疾患（　　）		
被害の状況 (〇印を入れてください)	かゆい　（　　）　　痛痒い　（　　）　　発赤発疹（　　）		
住宅の構造 (〇印を入れてください)	木造　（　　）　　鉄筋　（　　）		
住宅の巣類 (〇印を入れてください)	戸建　（　　）　　集合住宅　（　　）		
築　　年　　数	年　　ケ月		
入　居　年　数	年　　ケ月		
被害はいつから	日前　　週間前　　ケ月前　　年前		
被害を受ける家族			
被害を受けると思われる部屋は			
これまでに行った対策は何をされましたか	（例）掃除をこまめにしているなど		
医　療　機　関 (〇印を入れてください)	受けました　（　　）	いつ頃	
	受けていない　（　　）		
	受ける予定　（　　）	いつ頃	
備　　考　　欄			