

舌下免疫療法（スギ・ダニ）問診票

お名前： _____ (男・女) 生年月日(昭和・平成) 年 月 日(歳)

※治療対象となる方は5歳以上65歳未満で、高血圧を含む心臓疾患・重い喘息などの合併症のない、スギ花粉症・ダニアレルギー性鼻炎の方のみです。

1回目は、診察⇒薬局で投薬・説明を受ける⇒当院で薬剤を使用⇒

その後副作用出現がないか確認のため、院内で30分程待機していただきます。

アレルギー検査が必要な方は、20分で判定できる簡易検査を受けていただけます。

(血液検査ご希望の場合は、結果が出るのに1週間程かかります。他院などで受けたアレルギー検査結果をお持ちの方はご提示ください。)

そのため、1回目は1時間程度かかりますのでご了承ください。

※治療の適応を判断するために重要な内容ですので、ご回答をお願いします。

●どちらの舌下免疫療法をご希望ですか

●病院でアレルギー検査をしたことがありますか(血液検査/簡易検査/皮膚テストなど)

※アレルギー検査をしたことがある方で結果をお持ちでしたらご提示ください。

●重い気管支喘息と診断されたことがありますか

●心臓疾患や肺疾患がありますか

●高血圧がありますか

●癌の治療中、または最近治療をしたことがありますか

●免疫抑制剤を使用していますか

●女性の方に質問です

●ステロイド剤を内服していますか

●精神科・心療内科で治療を受けたことがある or 通院中ですか

●服用しているお薬はありますか

お薬手帳のご用意 or 服用しているお薬を全て記載してください

※治療前に以下の内容をご確認ください。

- 長期間の治療を受ける(2~5年)
- 治療の服用(舌の下にお薬ごと定められた時間(1~2分)保持)を毎日継続する
- 少なくとも1ヶ月に1回受診する(新医薬品の場合は、発売後1年間は2週間に1度)
- すべての患者さんに効果を示すわけではない
- アナフィラキシー・ショックなどの副作用がおこるおそれがある

■医師の診察説明を受け、治療の効果や目的、副作用などについて理解したうえで、舌下免疫療法を受けることに同意します。(はい・いいえ)

氏名(本人もしくは保護者の署名)

(代筆者の場合: 続柄)

記入日 年 月 日

ご記入ありがとうございました。 いずみ耳鼻咽喉科・アレルギー科