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）　**15 才未満の方**：体重　　ｋｇ

※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　　スギ　・　ダニ

●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)
　はい　・　いいえ
　※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　　はい　・　いいえ

●心臓疾患や肺疾患がありますか　　はい　・　いいえ

●高血圧がありますか　　はい　・　いいえ

●癌の治療中、または最近治療をしたことがありますか　　はい　・　いいえ

●免疫抑制剤を使用していますか　　はい　・　いいえ

●女性の方に質問です
　妊娠していますか　　はい（　　週）　・　いいえ　・　可能性あり
　授乳していますか　　はい　・　いいえ

●ステロイド剤を内服していますか　　はい　・　いいえ

●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　　はい　・　いいえ

●服用しているお薬はありますか　　はい　・　いいえ
　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