

舌下免疫療法問診票 (スギ・ダニ)



袖ヶ浦メディカルクリニック
Sodegaura Medical Clinic

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

1) どちらの舌下免疫療法をご希望ですか？

スギ ダニ

2) 過去にアレルギー検査をしたことがありますか (血液検査/皮膚テストなど) ？

はい (結果をお持ちでしたらご持参ください) いいえ

3) 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

特になし 気管支喘息・喘息発作 免疫疾患
癌 (治療中または最近治療を行った)
精神科・心療内科で治療中または治療を行なったことがある
高血圧 糖尿病 高脂血症 その他の心疾患 その他の肺疾患
その他 ()

4) 現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない β遮断薬 (インデラル・アーチスト・メインテート・テノーミンなど)
ステロイド 免疫抑制薬 (薬剤名：) 抗うつ薬・抗不安薬
その他 ()

5) (女性の方へ) 現在妊娠中、または、その可能性がありますか？現在授乳中ですか？

どれもなし
現在妊娠中 (週)
妊娠の可能性あり
現在授乳中
その他 ()

6) 歯槽膿漏・口内炎などや抜歯後といった口腔内に異常はありますか？

はい いいえ

7) 薬・注射や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

はい いいえ

8) 一人暮らしをされていますか？

はい いいえ

※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(3~5年) 必要があります。
- ・ 毎日の薬の服用(舌の下にお薬ごと定められた時間(1~2分)保持)が必要です。
- ・ 少なくとも1ヶ月に1回の受診が必要です。
- ・ 治療開始当初は1ヶ月に3-4回の受診が必要です。
- ・ すべての患者さんに有効性がある訳ではありません。
- ・ 有効性を認め、治療終了後に効果が減弱することがあります。
- ・ アナフィラキシーショック・口腔内異常などの副作用がおこる可能性があります。
- ・ 副作用出現時は薬剤説明書通りに対応して頂く必要があります。

6) 上記の治療効果・目的や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か？

はい いいえ

※ご協力ありがとうございました。