

舌下免疫療法（スギ・ダニ）問診票



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	〒 —		
電話番号 携帯電話			

【 マイナ保険証をご提示の方へ 】

当院では診療情報の取得・活用により質の高い医療提供に努めております。

マイナンバーカードの健康保険証利用による 情報取得に同意しますか？

はい いいえ

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) 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

6) (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

7) 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

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(定められた時間、舌下にお薬を保持する)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。
- ・ すべての患者さま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。

9) 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。

※問診票に記載された個人情報は、診察・健康管理以外の目的以外に使用致しません。