

# 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。