

舌下免疫療法問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日 (男・女)

住所:〒

電話番号:

Q. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- 他院からの紹介 知人の紹介 () 様 ホームページ
 新聞の折込広告 当院の看板 その他 ()

Q. 舌下免疫療法を希望される理由について教えてください。

()

Q. 舌下免疫療法の内服薬の服用は初めてですか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は服用時期、場所について教えてください

(:服用時期) 前に (:医療機関名) で治療

Q. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ いいえ はい

(薬名: /食べ物:)

Q. 重い気管支喘息と診断されたことがありますか？ いいえ はい

Q. 悪性腫瘍（癌）や免疫系の病気がありますか？ いいえ はい

(病名: /通院先の医療機関名:)

Q. 口腔内に以下の症状はありますか？ いいえ はい

口腔内の症状: 抜歯後 口腔内術後 口内炎 歯槽膿漏 その他 ()

Q. 重症の心臓疾患や肺疾患および高血圧症がありますか？ いいえ はい

(病名: /通院先の医療機関名:)

Q. 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？ いいえ はい

(病名: /通院先の医療機関名:)

裏面に続く

Q. 健康診断や人間ドックを定期的に受けていますか？ いいえ はい

Q. 治療中の病気はありますか？ いいえ はい

(病名： _____ /通院先の医療機関名： _____)

Q. ステロイド剤を内服していますか？ いいえ はい

(病名： _____ /通院先の医療機関名： _____)

Q. 服薬している薬はありますか？ いいえ はい

→『はい』とお答えの方でお薬手帳をお持ちでない方は服薬している薬を全てご記入ください

(_____)

※お薬手帳をお持ちの方は無記入で構いません。この問診票と共にお薬手帳をご提示ください。

Q. タバコは吸いますか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は、本数等を教えてください (_____ 本/日 × _____ 年間)

Q. 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい (妊娠 _____ ヶ月) 可能性がある

授乳中ですか？ いいえ はい

Q. 治療前に以下の内容を必ずご確認し、チェックをお願い致します。

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

Q. ご質問、ご希望がありました事前に教えてください。

(_____)

同意書

氏名

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご協力ありがとうございました

日暮里内科・糖尿病内科クリニック