

スギ花粉症 舌下免疫療法 初診アンケート

平成 年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ 男 / 女 電話番号 ()

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳) 携帯電話 ()

住所 〒 -

長野県 (市・町・村)

身長 (cm) 体重 (kg)

舌下免疫療法をご希望の方には下記の質問をさせていただいております。
治療を始めるにあたり大事な内容ですので、すべての質問にご回答をお願いいたします。

*紹介状はお持ちですか? (あり / なし)

*どのようにして当院をお知りになりましたか? ○を付けてください。

紹介(口コミ) ・ インターネット ・ その他

*舌下免疫療法を受けようと思われたきっかけ(動機)は何ですか?

[_____]

*重症な気管支喘息と診断されているまたは診断されたことがありますか? (はい / いいえ)

*悪性腫瘍や免疫疾患をお持ちですか? (はい / いいえ)

[病名: _____ /かかりつけの医療機関: _____]

*心臓病をお持ち、または治療を受けていますか? (はい / いいえ)

[病名: _____ /かかりつけの医療機関: _____]

*ステロイド剤を内服していますか? (はい / いいえ)

[病名: _____ /かかりつけの医療機関: _____]

*精神科・心療内科で治療を受けていますか?

または通院をされていたことがありますか? (はい / いいえ)

[病名: _____ /かかりつけの医療機関: _____]

*口腔内に異常がありますか? (はい / いいえ)

「はい」の方 お口の中の症状: 口内炎 / 歯槽膿漏 / 抜歯後 / その他(_____)

*スギ花粉症以外にも、薬や注射、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)

「はい」の方 [薬名/食べ物 _____]

* (上記以外の科で) 現在治療中の病気はありますか? (はい / いいえ)
〔病名: _____ / かかりつけの医療機関: _____〕

* 服用している薬はありますか? (はい / いいえ)
〔服用薬全て記載: _____〕

* 今までに病気、手術、ケガ、入院などの経験はありますか? (はい / いいえ)
〔病名: _____ / かかりつけの医療機関: _____〕

* 女性の方へ 妊娠していますか? (はい [週目] / 可能性あり / いいえ)
授乳中ですか? (はい/いいえ)

* 下記の『スギ花粉舌下免疫療法確認事項』の項目をよくお読みいただいた上で、
同意の有無を○印でご記入下さい。

スギ花粉舌下免疫療法 確認事項	同意 できる	同意 できない
1. 花粉飛散期も含め、長期間の治療を継続できる。		
2. 治療用エキス(シダトレン)の服用(舌下に2分間保持)を 毎日継続できる。		
3. 2週間に一度の受診が可能。 (新薬のため2週間しか処方できません)		
4. すべての患者さんに効果が期待できるものではないこと。		
5. 効果があり、治療を終了した場合でも、その後 効果が減弱する可能性があること		
6. アナフィラキシー等の副作用が起きる可能性があること。 その際には説明書の通りに対処していただく必要があること。		

* 上記の1~6の『スギ花粉舌下免疫療法確認事項』すべてに同意の上、治療を希望されま
すか? (はい / いいえ) ※「はい」の方は、以下にご署名をお願い致します。

* 私は『スギ花粉舌下免疫療法確認事項』すべてに同意の上、治療を希望します。

ご署名 _____

アンケートのご記入ありがとうございました。