

舌下免疫療法 問診票・同意書

治療の適応を判断するため重要な内容ですので、すべての質問にご回答をお願いいたします。

はい いいえ

- 重度な喘息と診断されている、または喘息発作を起こした経験はありますか？.....
- 悪性腫瘍や免疫疾患その他重篤な全身疾患をお持ちですか？.....
- ステロイド剤を内服していますか？.....
- β受容体阻害薬を内服中ですか？（例：インデラル・テノーミン・メインテートなど）.....
- 抜歯後や歯槽膿漏、口内炎など口腔内に異常はありますか？.....
- 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？.....
- 妊娠または授乳中ですか？またその予定はありますか？.....
- 精神疾患などで抗うつ薬・抗不安薬など服用されていますか？.....
- 一人暮らしをされていますか？.....
- スタッフより治療の説明を受け、治療内容・効果・副作用について理解しましたか？.....

下記の項目について同意の有無をご記入下さい

ダニ舌下免疫療法 確認事項	同意 できる	同意 できない
1. 長期間の治療を継続できる。		
2. 治療用（アシテアダニ）の服用を（舌下に2分間）を毎日継続できる。		
3. 月1回の受診が可能。（治療開始当初は3-4回の受診が必要です）		
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。 その際は説明書の通りに対処して頂く必要があること		

私はダニ舌下免疫療法についてよく理解し、治療を受けることに同意します。

年 月 日

住所

氏名

（未成年の場合）保護者氏名

個人情報については本治療以外の目的には使用いたしません



医療法人社団 桂翔会

桂林耳鼻咽喉科・中耳サージッククリニック