

# 舌下免疫療法問診票および同意書

<はじめに>

基本的に年齢制限はありませんが、お薬を口のなかで一定時間保持していなければなりません。そのため、治療対象となる方は5, 6歳からになります。また65歳以上の方は効果があまり期待できないとの報告があります。高血圧を含む心臓疾患・重い喘息などの合併症のない、スギ花粉症・ダニアレルギー性鼻炎の方が適応です。

## ●初回診察

- ・投薬・説明をします。
- ・クリニック内でお薬をのんでいただきます。
- ・副作用出現がないか確認のため、クリニック内で30分程待機していただきます。血液検査ご希望の場合は、結果が出るのに1週間程かかります。  
※他院で受けたアレルギー検査結果をお持ちの方はご提示ください。

1) どちらの舌下免疫療法をご希望ですか？  スギ  ダニ

2) 病院でアレルギー検査をしたことがありますか(血液検査/簡易検査/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  心疾患  肺疾患  高血圧  癌の治療中、または最近治療した  
 重い気管支喘息  精神科・心療内科で治療を受けたことがある または通院中  
 その他( )

4) 現在、飲んでいるお薬はありますか？  
 ない  ある(お薬名: )

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？  
 妊娠中および可能性なし、授乳なし  
 現在妊娠中( 週) ※妊娠週数によっては投薬が難しくなります  
 妊娠の可能性あり  現在授乳中  その他( )

## 治療前に以下の内容をご確認ください。

- 1) 長期間の治療を受ける(2-5年)、毎日継続する
- 2) 舌の下にお薬を一定時間(1~2分)保持する
- 3) 少なくとも2週間から1ヶ月に1回受診する
- 4) すべての患者さんに効果を示すわけではない
- 5) 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
- 6) 治療の効果や目的、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(治療を受けられません)  ご署名