

舌下免疫療法問診表

平成 年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ (歳) 男 / 女
 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 電話番号 ()
 携帯電話 ()

住所 〒 _____
 長野県 (市・町・村)

身長 (cm) (体重 kg)

1	紹介状はお持ちですか？	はい	いいえ
2	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		
3	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？ []		
4	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
5	悪性腫瘍や免疫疾患をお持ちですか？	はい	いいえ
	「はい」の方 病名 () かかりつけ医療機関 ()		
6	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
	「はい」の方 病名 () かかりつけ医療機関 ()		
7	ステロイド剤を内服していますか？	はい	いいえ
	「はい」の方 病名 () かかりつけ医療機関 ()		
8	心療内科・精神科へ通院をされたことがありますか、又は現在通院中ですか？	はい	いいえ
	「はい」の方 病名 () かかりつけ医療機関 ()		
9	口腔内に異常がありますか？		
	「はい」の方 症状：口内炎 / 歯槽膿漏 / 抜歯後 / その他 ()		
10	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？	はい	いいえ
	「はい」の方 薬剤名/食べ物 ()		
11	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
	「はい」の方 病名 () かかりつけ医療機関 ()		
12	服用している薬はありますか？	はい	いいえ
	「はい」の方 薬剤名すべて記載		
13	今までに病気、手術、けが、入院の経験はありますか？	はい	いいえ
	「はい」の方 病名 () かかりつけ医療機関 ()		
14	女性の方へ 妊娠していますか？	可能性あり	はい ()週目
	授乳中ですか？	はい	いいえ