

ダニ

フリガナ

氏名

舌下免疫療法問診表

才

該当する項目にチェックをお願いします。

1アレルギー検査（血液検査）でダニがあると確認していますか？

（ 年 月 施行）

2あなたは何才ですか？（ 才）※

※基本的には舌下免疫療法は65才までの方が対象です。

3気管支喘息ではありません。

4妊娠中ではありません。

5授乳中ではありません。

6ステロイドを内服していません。（ ）

7以下の薬を服用していません。

（インデラル・ミケラン・ハイパジール・セレカル・ナディック・カルビスケン）

8耳鼻科で通年制アレルギーに対して治療をしていますか？

9レーザー治療をしたことがありますか ない・ある（ 才）