

スギ

## 舌下免疫療法問診表

フリガナ

氏名

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）でスギ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）

※対象年齢はシダトレン 12才～65才まで

※シダキュア 5才～65才まで（新薬のため2週間毎の受診）

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耳鼻科で花粉症治療をしていますか？

9初期治療（症状が出る前に内服）をしていましたか？

10レーザー治療をしたことがありますか    ない・ある（           才）