

《舌下免疫療法をご希望の方へ》

年 月 日

ふりがな		生年	大・昭・平
氏 名		月日	年 月 日
		年 齢	歳
住 所	〒 (マンション、アパート名もご記入お願いします)	電 話	自宅 携帯

★以下の項目にチェックをお願いいたします。

- 次のアレルギーがある、またはありそうだ (スギ ハウスダスト)
- どちらかに○をしてください
(アレルゲン検査の結果を持っている 本日、血液検査希望)
- ひどい気管支ぜんそくではない
- β 遮断薬(心不全の薬、カルベジロールやビソプロロールなど)を使っていない
- ステロイド薬を内服していない
- 抗がん剤を使用していない
- 自己免疫疾患を患っていない
- 妊娠中または授乳中ではない
- 初回投与時のみ、横浜労災病院の耳鼻咽喉科にかかることが出来る
- 毎月の通院が可能である

★次の病気にかかったことがありますか？

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 不整脈 狭心症 心筋梗塞
- アトピー性皮膚炎 ぜん息 花粉症 リウマチ
- その他()

★当院をお知りになった最初のきっかけは何でしたか？

- 検索エンジン 病院なび ドクターズファイル 駅の看板 電柱広告
- 他医療機関の紹介 知人の紹介 通りがかり その他()