≪舌下免疫療法をご希望の方へ≫

ふりがな		生年月日	大･昭･平･令 年　月　日
氏　名	男 女	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 （お持ちの場合は必ずご記入下さい）
メールアドレス			

★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　）

□どちらかに〇をしてください
（　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？
□Google　□Google 以外の検索エンジン（Yahoo など）　□病院なび　□ドクターズファイル
□他医療機関の紹介　□家族･知人の紹介　□通りがかり　□その他（　　）

新 横 浜 あ お い 眼 科