

舌下免疫療法の問診票

2 診の診療日は、希望の医師に○をお願いします
院長 ・ どの医師でも可

氏名： _____ 小学生以下のお子様→ 体重 _____ kg

◇現在の症状に当てはまる箇所にもを付けてください。

症状出現日

①口の中の腫れはありますか？	なし・あり	月 日
②かゆみはありますか？→ 耳・鼻・喉・口 ・他（ ）	なし・あり	月 日
③口内炎はありますか？	なし・あり	月 日
④不快感等ありますか？→該当箇所（ ）	なし・あり	月 日
⑤頭痛はありますか？	なし・あり	月 日
⑥息苦しさはありますか？	なし・あり	月 日
⑦喉に違和感ありますか？	なし・あり	月 日

◇ 鼻水 なし / あり → 黄色 ・ やや黄色 ・ 透明

鼻水が前回受診後一度改善した方→ 今回の鼻水は _____ 日前から

鼻水が前回受診後も続いている方→ ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

◇ 咳 なし / あり → 痰絡み ・ 空咳

咳が前回受診後一度改善した方→ 今回の咳は _____ 日前から

咳が前回受診後も続いている方→ ひどくなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

◇現在の服用方法 ミティキュア _____ 秒で吐き出し / 飲み込み

シダキュア _____ 秒で吐き出し / 飲み込み

◇ その他、気になる症状など何か伝えたいことがございましたらご記入ください

会計方法 ご希望に○を付けて下さい。 (現金 ・ 現金以外)

※取り扱い可能なカードやキャッシュレス決済についてはHPをご覧くださいませ。

※ご記入ありがとうございました。受付時にお渡しくださいませ。

DL用