ID：　　年　月　日

舌下免疫療法の問診票

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〇を付けてください。

		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不快感等はありますか？→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喉に違和感はありますか？	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
アシテア　＿＿＿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

◇　最近新たに発症した病名はございますか？　（　はい　・　いいえ　）
はい　→病名〔　　〕

※ご記入ありがとうございました。問診票入れにお入れ下さいませ。