

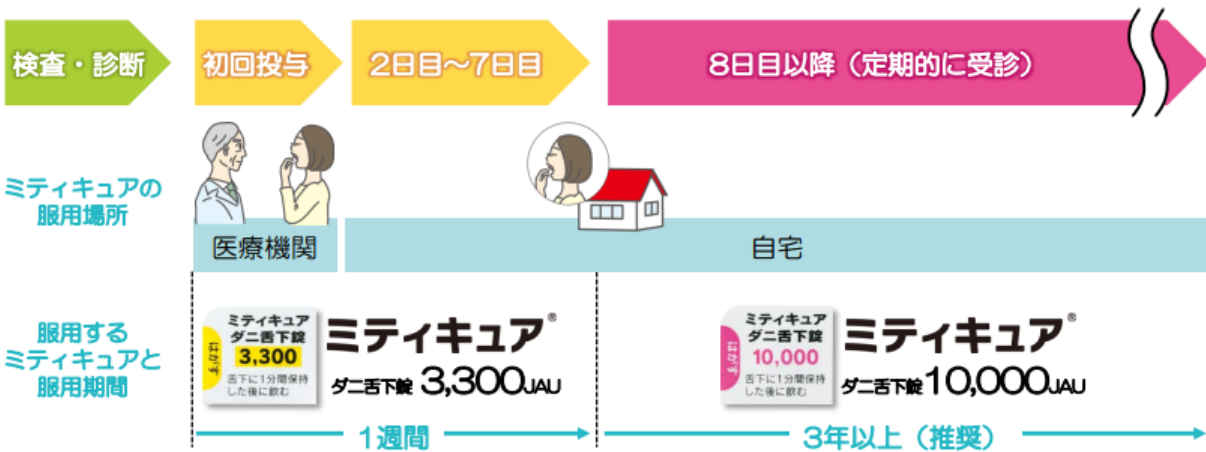
ダニアレルギー舌下免疫療法同意書

住所		体温	
フリガナ 受ける方の氏名		性別	生年月日
保護者の氏名		電話	

舌下免疫療法は、アレルゲンが配合された治療薬を「舌の下」にしばらく含んでから飲み込んで、毎日少しずつ免疫をつくっていくアレルゲン免疫療法の一つです。治療効果は約8割の方に認められると報告されていますが、治療を3年以上継続することが必要であり、治療を継続していくことが治療効果を得るために重要な治療です。導入初期には副作用の出現リスクもあります。

治療のスケジュール

ダニアレルギー性鼻炎であることが確認できたら、最初の1週間は3,300JAU錠を、2週目以降は10,000JAU錠を1日1回1錠服用します。初回は医療機関で服用し、2日目からは自宅で服用します。



私は、ダニアレルギーに伴うアレルギー性鼻炎に対してのアレルゲン免疫療法について、治療内容、治療計画、期待される効果、副作用について十分に理解して治療を開始することに同意します。

署名 (本人/保護者)	実施医療機関・医師名
	実施医療機関 医療法人社団啓寿会 石橋クリニック 医師名 石橋 啓如 説明同意取得 年月日

舌下後5分 SPO2 % 副反応なし 副反応あり(口腔浮腫違和感 蕁麻疹 呼吸困難 他)
舌下後30分 SPO2 % 副反応なし 副反応あり(口腔浮腫違和感 蕁麻疹 呼吸困難 他)