

確認票

Patient Record <<アレルギー免疫療法>>

記入日：平成 年 月 日

氏名

以下の事項につき、理解されましたら、「はい」に○をつけて下さい。

※アレルギー免疫療法の治療が受けられない方：重症の気管支喘息・悪性腫瘍・免疫系に影響を及ぼす全身性疾患・ステロイド剤使用中・12歳未満・65歳以上・その他、スギ花粉飛散期は治療は受けられません。

- 1) アレルギー症状を治したり、長期にわたり症状を抑える可能性があります。症状が完全に抑えられない場合でも、症状を和らげることが期待できます。 . . . はい
- 2) すべての患者さんに効果が期待できるわけではありません。 . . . はい
- 3) 服用してすぐに効果が出るお薬ではありません。 . . . はい
- 4) アレルゲンを投与することから、アレルギー症状が起こる可能性があり、まれに重篤な症状（アナフィラキシー）が発現する可能性があります。 . . . はい
- 5) アナフィラキシーが発現した場合に備え、ご家族のいる場所や日中の服用をして下さい。 . . . はい
- 6) 服用する前後2時間程度は、激しい運動、アルコール摂取、入浴等は避けて下さい。 . . . はい
- 7) 投与開始初期（約1ヶ月）は、主に口腔内の症状（腫脹）が多く出現します。 . . . はい
- 8) 症状の改善を認めても、直ちに治療を中止すると症状が再発する可能性があり、治療は長期間（3～5年）かかります。 . . . はい
- 9) 花粉症の症状を問わず、スギ花粉が飛散していない時期も含め、毎日服用して下さい。 . . . はい
- 10) 本剤投与開始日（本日）は、アナフィラキシー対策として、投与後30分間は院内にいて下さい。 . . . はい