# アレルギー・花粉症・舌下のお薬希望の方

記入日　　月　　日　　オンライン受付番号＿＿＿＿番

年齢　　歳　（男 ・ 女）　体重　　kg

妊娠 （している［　　週目］ ・してない ）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　授乳（している［　　ヶ月のお子様］・してない ）

◆現在症状は出ていますか？　　はい・いいえ

「はい」の方はどのような症状が出ていますか？

［　　］

◆薬を飲めば症状は治まりますか？　　はい・いいえ

「いいえ」の方はどのような症状が残りますか？

［　　］

◆風邪薬や鼻炎薬で眠気は出ますか？　　はい・いいえ

「はい」の方は眠気の出たお薬の名前がわかれば教えて下さい。

［　　］

◆舌下免疫治療の方のみ　副作用はありましたか？　はい・いいえ

本日ご希望のお薬の名前がわかれば教えて下さい。

［　　］

以前とご変更があればご記入お願いします。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご記入ありがとうございました　　いなげ耳鼻咽喉科