# 初診の方には問診もお願いしています。 初回のみ

オレンジクリニック

1 今回、処方希望のお薬は何ですか？（複数選択可）

☐ ED　☐ AGA　☐ ダイエット

2 これまで薬を飲んでアレルギー症状が出たことがありますか？

☐ はい　☐ いいえ

3 現在、狭心症・心筋梗塞の診断で治療中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

4 現在、白血病や多発性骨髄腫、鎌形赤血球性貧血で治療中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

5 現在、重度の肝障害で治療中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

6 現在、網膜色素変性症で治療中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

7 現在、糖尿病で治療中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

8 現在、摂食障害で治療中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

9 今回、上記の回答で間違いありませんか？

☐ はい　☐ いいえ

記入日　　年　　月　　日　　お名前