来院日：　　年　　月　　日

**問診表**　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　（　　歳）

※網掛け部分にできるだけ記載漏れのないようにご記入下さい。

**●どのような症状でお困りですか？**

**〇それはいつ頃からですか？**（　　年　　月　　日頃）もしくは（　　歳頃）

**〇その症状は最近どうなっていますか？**（軽くなっている・変わらない・重くなっている）

**〇睡眠は取れていますか？**　（睡眠時間：　　時頃～　　　時頃まで）

　（だいたい眠れる・時々目が覚める・朝早く目が覚める・眠りが浅い）

**〇食欲はありますか？**（ある・あまりない・まったくない）

**〇（女性の方にお伺いします）　妊娠の可能性はありますか？**（ある・ない）

　　　　　　　　　　　　　　　**授乳していますか？**（している・していない）

**〇（男性の方にお伺いします）**　**AGA治療を受けていますか？**（受けている・受けていない）

**●これまでに他の心療内科や精神科を受診したことはありますか？**

　（ない・ある：医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●これまでにかかった大きな病気や治療中の病気はありますか？**（ある・ない）

　（甲状腺疾患・糖尿病・心疾患・頭部の外傷・緑内障・その他：　　　　　　　　　　　　）

**●現在、服用中のお薬はありますか？**（ある・ない）

　（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　※お薬手帳などをご持参の場合は記載の必要はありません。

**●お薬のアレルギーはありますか？**（ない・ある：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●タバコは吸いますか？**（吸わない・吸う：一日　　本　　年）

**●アルコールは飲みますか？**（いいえ・はい：種類　　　　　　　　飲酒量　　　　　　　　）

**●当院のことはどちらでお知りになりましたか？**

　□病院・医師の紹介（　　　　　　　　　　）　□知人の紹介　　□家族のすすめ

　□家が近い　□ネットの病院紹介サイト　□当院のホームページ　□新聞広告

　□タウンページ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**ご協力ありがとうございました。**