

おびひろメンタルクリニック 予診表

フリガナ
お名前

付添の方 _____ 続柄()

〒(-)
住所

電話番号 _____ 平成 年 月 日

本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？（いつ頃から、どのようなことで困ら
れているのかなど、ご記入をお願いします。）

以下で当てはまる項目があれば○をつけて下さい。

- 1 憂うつになる, 2 疲れやすい, 3 不安, 4 意欲がでない, 5 イライラしやすい, 6 めまいがす
る, 7 人に会いたくない, 8 学校・会社に行くのや家事がおっくう, 9 緊張しやすい, 10 動悸が
する, 11 パニックになる, 12 朝起きられない, 13 ものを忘れる, 14 些細なことが気になる,
15 対人関係がうまくいかない, 16 元気が出すぎる, 17 眠気が強い, 18 死を考えたり死にたい気持ちに
なる, 19 声が聞こえる, 20 周囲に対して敏感になる, 21 自分では自覚しないが周囲から受診を勧めら
れたり指摘を受ける(例えば: _____)
22, その他

| | |
|----|---|
| 睡眠 | 普通 寝付きが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 寝た気がしない 昼夜が逆転 |
| 食欲 | 普通 あまりない 全くない 食べ過ぎる ムラがある |

これまでにかかった主な病気をあげてください。それはおいくつの頃ですか？

病名：

年齢：

現在、治療中の病気やお薬を服用している場合は、教えてください。（分かる範囲で結
構です。）

病名：

お薬：

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

1. 電話帳(タウンページ) 2. 広告(情報誌、新聞) 3. ホームページ 4. インターネットで検索して 5.
看板(バス、バス停) 6. 他の医療機関からの紹介 7. 知人の紹介 8. 以前より _____ 病院で
佐々木医師の診察を受けていた 9. その他(_____)

※お呼びするとき次のどちらを希望されますか。 ① 名前 ② 診察券番号