

# 禁煙外来問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ				大・昭・平・令
氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒 ー			
電話番号	【携帯】	【緊急連絡先】		
	【自宅】	(続柄)		

現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ ・ はい

( ・ 病名 ) ( ・ 医療機関名 )

( ・ 病名 ) ( ・ 医療機関名 )

現在、他院で処方されて飲んでいるお薬はありますか？

なし ・ あり

( ・ 医薬品名 ) ( ・ 医療機関名 )

( ・ 医薬品名 ) ( ・ 医療機関名 )

血のつながったご家族に病気になった方はいますか？

いない ・ いる

( ・ 続柄 ) ( ・ 病名 ) ( ・ 続柄 ) ( ・ 病名 )

( ・ 続柄 ) ( ・ 病名 ) ( ・ 続柄 ) ( ・ 病名 )

【既往歴】過去に大きな病気で治療や手術を受けたことはありますか？

なし ・ あり

( ・ 病名 ) ( ・ 医療機関名 ) ( ・ 年 ) ( ・ 月頃 )

( ・ 病名 ) ( ・ 医療機関名 ) ( ・ 年 ) ( ・ 月頃 )

【飲酒について】

飲まない ・ 飲む

( 週 日 / 種類と量 )

※ご協力ありがとうございました。

医療法人順心会 N クリニック

# 禁煙治療に関する問診票

帳票 2

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う       やめた (      年前/      カ月前)       吸わない

〈以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。〉

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ      1日 (      ) 本

加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、ブルーム・エス、パルズなど]      1日 (      ) 本

カプセル・ポッドタイプ [ブルーム・テック、グロー・センスなど]      1日 (      ) 個

Q3. 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？ 吸っていたタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ (      ) 年間      加熱式タバコ (      ) 年間      うち併用 (      ) 年間

Q4. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

関心がない

関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない

直ちに禁煙しようと考えている

Q5. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることはありませんでしたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
問10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
	合 計	

Q6. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい

いいえ

氏 名 \_\_\_\_\_  
記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

