

喫煙状況に関する問診票

お名前 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問のあてはまる□にレを、() に適当な言葉を記入して下さい。

Q 1、今までタバコをやめた事がありますか？

 ある (_____ 回、最長 _____ 年間 / _____ ヶ月間 / _____ 日
間) ない

Q 2、喫煙歴は何年ですか？

(_____ 年)

Q 3、一日平均して何本くらいタバコを吸いますか？

1日 (_____) 本

Q 4、タバコをやめることについて、どの程度自信を持っていますか？

「全く自信がない」を0% 「大いに自信がある」を100%として、
0%~100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

(_____ %)

Q 5、同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

 はい → (続柄 _____) いいえ

Q 6、あなたの職場でタバコは吸えますか？

() いつでも吸える。(喫煙室・建物の外・その他)

() 職場では吸えない。

Q 7、現在、抑うつ傾向にありますか？またはうつ傾向になりやすいですか？

 はい いいえ

Q 8、現在、気になる症状はありますか？

--

Q 9、現在、治療中の病気はありますか？

--

Q10、現在、内服中の薬(市販薬も含む)はありますか？

--

Q11、今後3ヶ月間にあと4回診察を受けに来院できますか？

(2週間後・1ヵ月後・2ヵ月後・3ヵ月後) はい いいえ

Q12、妊娠中や授乳中ですか？

はい いいえ

Q13、下記の質問を読んであてはまる項目に○をご記入下さい。

設 問 内 容	はい 1点	いいえ 2点
問1、自分が吸うつもりよりも、ずっと多く吸ってしまった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、できなかった事がありましたか？		
問3、禁煙したり本数を減らそうとした時に、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなる事がありましたか？		
問4、禁煙したり、本数を減らした時に次のどれかに、あてはまりましたか？ (イライラ・神経質になる・落ち着かない・集中できない・憂うつ・頭痛・眠気・胃のむかつき・脈が遅い・手の震え・食欲旺盛または体重増加)		
問5、問4で伺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、タバコは良くないとわかっても吸うことがありましたか？		
問7、タバコのせいで自分に健康問題が起きているとわかっても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問題が起きているとわかっても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はありますか？		
問10、タバコが吸えないような環境を避けるようなことがありましたか？		
合 計		

Q14、禁煙外来では今後定期的に禁煙経過をお伺いいたします。

電話番号をお書き下さい。

自宅の電話番号 (— —)

携帯の電話番号 (— —)

※もしも途中で中断された場合は、今後1年間は保険での禁煙治療は受けることができません。

上記の内容をふまえ、禁煙治療を受けることに同意いたします。

氏名