

禁煙外来初診時 問診票

フリガナ
お名前 _____ 様 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日
〒 _____

ご住所 _____ 電話 _____

- 質問1. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日()本
- 質問2. 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？
()年間
- 質問3. 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。

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. 禁煙したり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した時に、タバコが欲しくて欲しくてた まらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らした時に、次のどれかがありましたか。 (イライラ、神経質、落ち着かない、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時に、タバコをよくないとわかっ ても、吸うことがありましたか。		
問7. タバコのために自分に健康問題が起きていることがわか っていても、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(神経質、不安、抑うつ)が起 きているとわかっ ていても、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		

裏面にもご記入ください

質問4. 最近1年以内に禁煙外来で治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

質問5. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ

質問6. 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

質問7. 現在気になる症状はありますか？

質問8. 現在治療中の病気はありますか？服薬中の薬があればお知らせください。

