

禁煙外来初診アンケート

平成 年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ 男 / 女 電話番号 ()

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳) 携帯電話 ()

住所 〒 -

長野県 (市・町・村)

身長 (cm) 体重 (kg)

禁煙外来をご希望の方には下記の質問をさせていただいております。

禁煙を始めるにあたり大事な内容ですので、すべての質問にご回答をお願いします。

*あなたは直ちに禁煙しようと考えていますか? (はい / いいえ)

*紹介状はお持ちですか? (あり / なし)

*どのようにして当院をお知りになりましたか? ○を付けてください。

紹介(口コミ) ・ インターネット ・ その他

*禁煙外来に通うことを決めたまっかけ(動機)は何ですか?

[]

*どんな時に吸いたいですか?

[]

*禁煙は初めてですか? (はい / いいえ)

「いいえ」の方 禁煙の回数: _____ 回目

禁煙できていた最長の期間: _____ (週間・ヶ月・年間)

*1日に平均して何本のタバコを吸いますか? 1日 () 本

*習慣的に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

*あなたの周り(ご自宅・職場・友人など)にタバコを吸う方はどのくらいいますか?

ほとんど吸う ・ あまりいない ・ 自分のみ ・ その他()

*運転するお仕事/危険作業のお仕事をされていますか? (はい / いいえ)

「はい」の方 運転: 運転手 / 営業職で運転する / その他()

危険作業: 高所での作業あり / その他の危険作業あり()

*女性の方へ 妊娠していますか? (はい [週目] / 可能性あり / いいえ)

授乳中ですか? (はい/いいえ)

*心療内科・精神科への通院をされたことがありますか？または現在通院中ですか？（禁煙薬の副作用との関係で必要な質問です）（はい / いいえ）

〔病名： /かかりつけの医療機関： 〕

*上記以外の科で、現在治療中の病気はありますか？（はい / いいえ）

〔病名： /かかりつけの医療機関： 〕

*服用している薬はありますか？（はい / いいえ）

〔服用薬全て記載： 〕

*今までに病気、手術、ケガ、入院などの経験はありますか？（はい / いいえ）

〔病名： /かかりつけの医療機関： 〕

*今までに薬や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？（はい / いいえ）

〔薬名/食べ物 〕

*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 〔TDS〕	はい 1点	いいえ 0点
1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがありましたか？		
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？		
3. 禁煙したり本数を減らそうとした時に、タバコがほしくてほしくてたまらなくなる ことがありましたか？		
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？ いろいろ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・憂鬱・頭痛・眠気・胃のむかつき 脈が遅い・手の震え・食欲または体重増加		
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？		
6. 重い病気にかかった時に、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？		
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？		
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？		
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？		
10. タバコが吸えないような仕事や付き合いを避けることが何度かありましたか？		
合 計		

*禁煙治療を受けることに同意されますか？（はい / いいえ）

アンケートのご記入ありがとうございました。