

禁煙外来問診表

年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ (歳) 男 / 女
 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 電話番号 ()
 携帯電話 ()

住所 〒 _____
 長野県 _____ (市・町・村)

身長 (cm) (体重 kg)

1	紹介状はお持ちですか？	はい	いいえ
2	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		
3	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
4	禁煙外来に通うことを決めたきっかけ (動機) は何ですか？ [_____]		
5	どんな時に吸いたいですか？ [_____]		
6	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： _____ (日間・週間・ヶ月・年間)		
7	1日に平均して何本のタバコを吸いますか？	(_____)	本/日
8	習慣的に吸うようになってから、何年間吸っていますか	(_____)	年間
9	あなたの周りに (自宅・職場・友人など) タバコを吸う方はいますか？ ほとんど吸う ・ 自分のみ ・ あまりいない ・ その他 (_____)		
10	運転のお仕事/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： 高所作業 ・ その他の危険作業		
11	女性の方へ		
	妊娠していますか？	はい (_____ 週目)	可能性あり
	授乳中ですか？	はい	いいえ
12	心療内科・精神科へ通院されたことがありますか？ 又は現在通院中ですか？	はい	いいえ
	「はい」の方 病名 (_____) かかりつけ医療機関 (_____)		
13	上記以外で、現在治療中の病気はありますか？	はい	いいえ
	「はい」の方 病名 (_____) かかりつけ医療機関 (_____)		

裏へ

14 服用している薬はありますか？	はい	いいえ
「はい」の方 薬剤名すべて記載		
15 今までに病気、手術、けが、入院の経験はありますか？	はい	いいえ
「はい」の方 病名 () 医療機関 ()		
16 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？	はい	いいえ
薬剤名/食べ物		
17 禁煙治療を受けることに同意されますか？	はい	いいえ

*下記の質問を読んで、当てはまる項目に☑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してみて、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したそうとした時に、 タバコがほしくてほしくてたまらなくなる事がありましたか？		
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？ いらいら・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・食欲または体重の増加		
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すか？		
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		

お疲れ様でした！