

禁煙外来問診票

記入日 年 月 日

名前 _____

質問 1 () に数字を記入してください。

1日の喫煙本数：() 本 喫煙した年数：() 本

質問 2 下表の質問を読んで、あてはまるものに○をつけてください。

1	自分が吸うよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなる場合がありますか。	はい・いいえ
4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかの症状がありましたか。 (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、手の震え、食欲又は体重増加)	はい・いいえ
5	4の質問で「はい」と答えた方に質問です。上の症状を消すために、またタバコを吸い始めてしまうことがありましたか。	はい・いいえ
6	重い病気にかかって、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。	はい・いいえ
7	タバコのために健康問題が起きていることがわかっているのに吸うことがありましたか。	はい・いいえ
8	タバコのため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。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ

質問 3 あなたが禁煙しようと思った理由は何ですか？

- 自分の健康のため 職場が禁煙になったから 美容のため
経済的負担をなくすため 家族の健康のため
家族・知人にすすめられたから
その他 ()

質問4 朝目覚めてからどのくらいで1本目のタバコを吸いますか？

5分以内 6～30分 31～60分 1時間以上

質問5 現在治療中の疾患も含め、今までにかかった病気があればご記入ください。

()

質問6 今までに禁煙したことはありますか？

ない

ある (禁煙挑戦回数： 回) (最も長く禁煙した期間：)

質問7 自動車などの運転、または危険を伴う業務がありますか？

ない

ある

質問8 以下の病気などで治療を受けたことがある、または今現在受けていますか？

糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・結核

脳血管疾患・胃腸疾患・眼科疾患・精神疾患・内分泌疾患(甲状腺など)・がん・手術

その他 ()

質問9 現在服用中の薬はありますか？

ない

ある 内服名 ()

質問10 お薬や食べ物でアレルギーまたは副作用はありますか？

ない

ある ()

質問11 お酒は飲みますか？

飲まない

飲む 量 ()

質問12 女性の方へ 現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ はい わからない

ご記入ありがとうございました。

尾形クリニック