

禁煙外来問診票



フリガナ _____ 平成 年 月 日

お名前 _____ (男・女)

生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳)

ご住所 〒(-) 市 _____

TEL 自宅() 携帯()

- ① タバコは1日に何本くらい吸いますか? 1日()本
- 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
- ③ あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか?
 - 関心がない
 - 関心はあるが、今後 6ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない
 - 今後 6ヶ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない
 - 直ちに禁煙しようと考えている
- ④ 下記の質問を読んで、「はい」もしくは「いいえ」に○を入れてください。
「はい」の総数を合計の欄に記入してください。

質問内容	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。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、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。		
問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。 イライラ、神経質、落ちつかない、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ときに、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。		
問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。		
問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。		
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		

- ⑤ 当院をどのように知りましたか?
ご家族・友人からのご紹介・ホームページ・道路看板・電柱広告
医院のチラシ・他医療機関からのご紹介・その他()

以上です。ご協力ありがとうございました。

【職員記入欄】 ・ブリンクマン指数(喫煙本数×年数) =
・ニコチン依存に関するスクリーニングテスト =