

禁煙外来 初診問診票

氏名

記入日 年 月 日

- Q1. 精神科疾患 あり なし
- Q2. 腎機能障害 あり なし
- Q3. 車の運転 あり（毎日）（ 回/週位）
- なし

Q4. 禁煙の動悸

- Q5. 過去の禁煙のトライ あり（ 年頃、 年 ヶ月間禁煙）
- なし

Q6. 再喫煙のきっかけ

※看護師記入（体重 kg ・ CO 濃度 ppm ・ TDS 点）

禁煙治療に関する問診票・同意書

設 問 内 容	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。		
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・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)		
5) 問4 どうかだ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ときに、タバコはよくないとわかっているのに吸う事がありましたか。		
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つきあいを避けることが何度かありましたか。		
合 計		点

★喫煙年数 1日 () 本 × () 年

★禁煙治療を受けることに同意されますか？ はい ・ いいえ

記入日 年 月 日

氏 名