

禁煙治療に関する問診票（初診）

※裏面にも設問がありますのでご記入をお願いいたします。

日付: I D: 名前: 様

- ① 現在タバコを吸っていますか？
 吸っている
 やめた
 吸っていない
- ② 女性の方にお聞きします。現在妊娠もしくは授乳をしていますか？
 はい
 いいえ
- ③ 以下の疾患をお持ちの場合は該当するものに✓を入れてください。
 脳血管疾患
 心臓病
- ④ 1日に平均して何本タバコを吸いますか？
1日（ ）本
- ⑤ 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか
 5分以内 6～30分 31分～60分 61分以上
- ⑥ 今までタバコをやめたことがありますか
 ある（ 回、最長 年間／ か月間／ 日間）
 ない
- ⑦ 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃ですか
（ ）歳
- ⑧ 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
- ⑨ あなたは禁煙することについてどのくらい関心がありますか
 関心が無い
 関心はあるが、今後6か月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6か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

裏面も
あります

- ⑩ タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？
「まったく自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間で当てはまる数字をお書きください
()%

⑪ 現在気になる症状はありますか

⑫ 現在治療中の病気はありますか

⑬ 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		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、できなかったことはありましたか		
問3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲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そうとしたときに、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、食欲または体重増加)		
問5	問4で伺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		
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付き合いを避けることが何度かありましたか		
合計：		点	

⑭ 禁煙治療を受けることに同意していただけますか。

- はい
 いいえ

以上、ありがとうございました。
清瀬博濟堂クリニック