

禁煙外来問診票・同意書(若倉診療所)

問診票は当院のメールアドレス(wakakura_shinryojo@wakakura.jp)に送っていただくか、プリントアウトしてご持参ください。

フリガナ		男	生年月日
氏名		女	大・昭・平・令 年 月 日 年齢 () 歳
住所	〒 -		
日中連絡の取れる電話番号			
当院受診歴	あり ・ なし	診察券番号	

Q1.現在タバコを吸っていますか？

吸っている やめた(年前/ ヶ月前) 吸わない

※Q1で「吸う」と回答した方は、以下の質問にお答えください。

Q2.1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日()本

Q3.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
⇒1日の禁煙本数×禁煙年数＝ブリンクマン指数() (対象は200以上)

Q4.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

Q5.禁煙しようと思ったきっかけを教えてください。

()

Q6.現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい(糖尿病 慢性呼吸器疾患(気管支喘息含む) 重度心疾患)
(高血圧症 慢性腎臓病(GFR<30) 免疫抑制剤・抗がん剤の使用)
(治療中の悪性腫瘍 血液移植、骨髄移植、原発性免疫不全、HIV)
(臓器移植後 その他 _____)

Q7.現在、内服中の薬はありますか？

いいえ はい(薬名:)

Q8.現在何か症状はありますか？

()

Q9.下記の質問を読んで、当てはまる回答に「レ」をいれてください。
 該当しない項目は、「いいえ」に「レ」をいれてください。

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、本数を減らしたりしたときに、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・手のふるえ・食欲または体重の増加)		
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はありましたか。		
問 7. タバコのために自分に健康問題が起こっ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こっ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。		
(上記 TDS テストの結果が 5 点以上でニコチン依存症と診断されます)	合計	点

禁煙外来 プログラム参加 同意サイン欄

Q10.禁煙治療(全 12 週間)を受けることに同意されますか？

はい いいえ

氏名 _____

記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ご協力ありがとうございました。