禁煙外来問診票・同意書

年　　月　　日

フリガナ
お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　携帯電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

〒＿＿＿＿＿
住所（初回ご来院の方のみ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　1日平均して何本、何年間くらいのタバコを吸いましたか？
（　　）本／日、　（　　）年間

2 禁煙することにどの程度関心がありますか？
☐ 関心がない
☐ 今後6ヶ月以内に禁煙しようと考えているが、ただちに禁煙する考えはない
☐ ただちに禁煙しようと考えている

3 下記の質問を読み、「はい」か「いいえ」に「✓」を入れてください。

	質問内容	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		
4	禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかに当てはまりましたか？ イライラ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・憂鬱・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		
5	4の症状を消すために、またタバコを吸い始めましたか？		
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ったことがありました		
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ても、吸ったことがありました		
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ても、吸ったことがありま		
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付き合いを避けることが何度かありましたか？		
	合計	点	

4 現在、治療中の病気はありますか？
☐ いいえ　　☐ はい　〔 病名：　　〕

5 現在、服用されている薬はありますか？
☐ いいえ　　☐ はい　薬名〔　　〕

6 禁煙治療（全12週間）を受けることに同意されますか？
☐ いいえ　　☐ はい

☺HEIWA☺　平和記念医院