

喫煙状況に関する問診票

Q 1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？

(本)

Q 2. 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 31～60分 61分以上

Q 3. 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／ ヲ月間／ 日間)

なし

Q 4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいの頃ですか？

(歳)

Q 5. タバコをやめることについて、どの程度自信を持っていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

(%)

Q 6. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

はい → (続柄) いいえ

Q 7. 現在、気になる症状はありますか？

--

Q 8. 現在、治療中の病気はありますか？

--

禁煙治療に関する問診票

Q 1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた（ 年前／ ヵ月前） 吸わない

以下の質問は、吸うと回答した方のみお答え下さい。

Q 2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本

Q 3. 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

Q 4. 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ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6ヵ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

Q 5. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れて下さい。

保険適用となる対象患者選定のためのニコチン依存症のスクリーニングテスト

	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いましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなることがありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 8	タバコのために自分に精神的問題(注)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計			

禁煙治療を受けることに同意し、別途禁煙宣言書を提出します。

氏名 _____

記入日 年 月 日

禁煙宣言書

君津やすらぎクリニック 病院長殿

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で、
年 月 日より、禁煙することを宣言します。

患者氏名 _____

担当医 _____

私は、禁煙が成功するように温かく支援することを約束します。