禁煙外来問診票

ス		入	

診察券No:

記入日:　　年　　月　　日

質問（1）下線部に数字をご記入ください。（　35歳以上の方は200以上の値が必要です　）
1日の喫煙本数　　本×　　喫煙年数　　年　＝

質問（2）2週間以内に禁煙を開始するつもりです。　□　はい　□　いいえ

質問（3）今後3か月間に4回、診察を受けに来院できますか？　□　はい　□　いいえ
※　2週間後　・　1か月後　・　2か月後　・　3か月後　に来院願います。

質問（4）下の表の質問を読んで、はい　か　いいえ　にチェックをお願いします。

	質　問	はい	いいえ
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	禁煙や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？		
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？		
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ても、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（※注）が起きているとわかっていても、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？		

はい＝1点　いいえ＝0点　　TDS合計　　点

※注：　禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状（いわゆる禁断症状）ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抗うつなどの症状が出現している状態。

質問（5）禁煙しようと思った理由は何ですか？
□　自分の健康のため　□　職場が禁煙になった　□　美容のため
□　経済的負担をなくすため　□　家族のため　□　家族、知人にすすめられて
□　その他（　　）

質問（6）朝目が覚めてから1本目のタバコを吸うまでの時間はどれぐらいですか？
□　5分以内　□　6～30分　□　31～60分　□　1時間以上

質問（7）今、気になる症状がありますか？　□　はい　□　いいえ
はいの方　→

質問（8）治療中の病気、服用中の薬があればご記入ください。

次頁も
ご記入ください

質問（９）どこでタバコを吸いますか？
□　自宅（部屋）　□　自宅（ベランダなどの外）
□　職場の喫煙所　□　職場のオフィス内　　□　その他

質問（10）同居している家族でタバコを吸っている方は何人いますか？
□　いない（一人暮らし）　□　いない（家族で自分だけ喫煙）
□　いる　→　何人ですか？　　１・２・３・４・５人以上
→　祖父・祖母・父・母・夫・妻・兄・弟・姉・妹・子・その他

質問（11）今までに禁煙したことはありますか？
□　はい　①　禁煙挑戦　　２・３・４・５・6回以上
②　最も長く禁煙が続いた期間を教えてください。
（　　年・　　か月・　　日・　　時間　）
③　禁煙を失敗した時の状況を選んでください。※複数可
□　宴会などで飲酒したため　□　職場などで周囲が喫煙していたから
□　もらいタバコでつい　　□　退屈で　□　口が寂しくて
□　ストレスで我慢できなかった　□　体調がよくなくて
□　無意識で　□　体重が増えたため
□　その他（　　）

質問（12）タバコを吸うのはどんな時ですか？
□　食後　□　飲酒　□　休日　□　デスクワーク中　□　会議や面談中
□　車中　□　仕事量が多いとき　□　時間ができたとき
□　ストレスを感じた時

質問（13）タバコを吸う理由は何ですか？
□　ストレス解消　□　喫煙が生きがい　□　気分転換　□　長年の習慣
□　おいしいから　□　他にすることがない　　□　仕事上必要
□　吸わずにはいられない　□　その他　（　　）

質問（14）お酒は飲みますか？　□　はい　（頻度　　回／　月）　□　いいえ

質問（15）禁煙に成功する自信はどのぐらいありますか？
□　全く自信がない　□　とても心配　□　少し心配　□　自信がある

質問（16）禁煙を実行するにあたり、不安な事や心配に思っていることがあれば
ご記入ください。

今後、定期的に禁煙経過をお電話でお尋ねすることがあります。
日中ご連絡してもよい時間帯を教えていただけましたら助かります。
【電話番号】（　日中　）　　－　　－　　（自宅・職場・その他）
（夕方～２０時）　　－　　－　　（自宅・職場・その他）

【連絡してよい曜日・時間】□月　□火　□水　□木　□金　□土
□午前中　□12：00～13：00　□夕方　□夜

※　ご家族や職場の方がお電話に出られた際は
□　クリニック名を名乗ることは大丈夫　□　できれば個人名で名乗って欲しい

ご記入有難うございました。

梅田内科ファミリークリニック