禁煙外来問診表

記入日　　年　　月　　日

質問（１）　下線部に数字を記入して下さい。　　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿本　×　＿＿＿＿＿＿＿年　＝　［　　］
（１日喫煙本数）　（喫煙した年数）　ブリンクマン指数

質問（２）　２週間以内に禁煙を開始するつもりはありますか？　［はい　・　いいえ］

質問（３）　今後３ヶ月間にあと４回、診察を受けに来院できますか？
（２週間後・１ヶ月後・２ヶ月後・３ヶ月後）　［はい　・　いいえ］

質問（４）　下表の質問を読んで、あてはまるものに〇をつけましょう。

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。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたりしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなることがありましたか。	はい・いいえ
4	禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかががありましたか。 （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）	はい・いいえ
5	問４の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか？	はい・いいえ
6	重い病気にかかった時に、タバコは良くないとわかっているのに吸うことがありましたか。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
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ても、吸うことがありましたか。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ

はい＝１点　　いいえ＝０点　　TDS 合計　［　　点］

質問（１）から（４）のご記入が終わりましたら、03-3225-1666 へ電話で予約を入れてください。
予約が取れましたら質問（５）以降をご記入いただき、クリニックまでお越しください。

※以下はまだ記入しないで下さい※

私は禁煙治療に同意し、以後４回にわたる診察を受診します。

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担　当　医　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質問（５）あなたが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から　□美容のため

□経済的負担をなくすため　□家族の健康のため

□家族・知人にすすめられたから

□その他（　　）

質問（６）朝目覚めてからどのくらいで１本目のタバコを吸いますか？

□５分以内　□６～３０分　□３１～６０分　□１時間以上

質問（７）現在気になる症状はありますか？

（　　）

質問（８）現在治療中の疾患も含め、今までにかかった病気があればご記入下さい

（　　）

質問（９）自宅でもタバコを吸いますか？

□自宅では吸わない（吸えない）　□自宅の自室のみで吸う

□自宅の自室以外でも吸う

質問（１０）同居している家族でタバコを吸っている人はいますか？

□いない（自分ひとりだけ喫煙）　□いる（続柄　　）

□一人暮らし（同居家族なし）

質問（１１）いつも働いている職場で、タバコは吸えますか？

□自宅での仕事・あるいは無職　□職場の喫煙は自由

□職場は禁煙になっている（喫煙室　→　あり・なし）

□禁煙コーナーがある程度

質問（１２）今までに禁煙した事はありますか？

□ない　（本数を減らす、軽いタバコにした事　→　ある・ない）

□ある　①禁煙挑戦　　回

②最も長く禁煙が持続した期間

（　　年間　　ヶ月間　　日間　　時間）

③禁煙を失敗した時、どのような状況だったかご記入下さい

□飲酒・宴会　□我慢したがだめだった　□イライラした　□ストレス

□周囲が喫煙していたから　□もらいタバコ　□退屈で

□口寂しくて　□体調が良くなったから　□人に勧められた

□くせで気がついたら何となく

□体重が増えたから　□その他（　　）

質問（１３）タバコを吸うのはどんな時ですか？

□食後　□コーヒーを飲んでいる時　□飲酒　□車に乗っている時

□デスクワークをしている時　□会議や面談　□ストレスを感じる時

□仕事量の多い時　□間があくと吸い続けている

□その他（　　）

質問（１４）お酒は飲みますか？

□飲まない　□飲む　（頻度　　回　／　週・月）

質問（１５）禁煙に成功する自信はどのくらいありますか？

全く自信がない０％、自信がある１００％として→（　　％）

質問（１６）タバコを吸っている理由は何ですか？

□ストレス解消　□生きがいだから　□気分転換　□習慣だから

□おいしいから　□他にする事がないから　□仕事能率向上

□吸わずにいられない　□その他（　　）

質問（１７）禁煙を実行するにあたり、不安な事や、心配に思っている事はありますか？

（　　）

＊今後定期的に禁煙経過をお伺いする事があります。日中電話をかけてよい番号を
ご記入下さい

電話番号　〔　　〕　（自宅・職場・それ以外　　）

＊　ご家族や職場の方が電話に出られたら、

（　　）クリニックの名前で名乗ってよい

（　　）個人名で名乗ってほしい