

禁煙外来（問診表・同意書）

患者ID: _____ 患者氏名: _____ 様

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日に平均して何本の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
 ⇒プリンクマン指数(_____) (35歳以上の方は200以上が対象)

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ヶ月以内に禁煙しようとは考えない
 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

Q.5 下記の質問を読んで、当てはまる回答に「✓」を入れてください。
 該当しない項目は、「いいえ」に「✓」を入れてください。

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 たまたま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の健康問題が起こっているとわかっているにも、 吸うことはありましたか？		
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にも、 吸うことはありましたか？		
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

禁煙外来同意サイン欄

Q6. 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

患者 署名 _____ 印

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ この問診表・同意書用紙はコピーをとり、原本は当院で保管、コピーは患者様にお渡ししておりますので、お持ち帰りの上、保管してください。