

禁煙外来(問診票・同意書)

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日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日()本

Q3.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()(対象は200以上)

Q4.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ていない
 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

Q5.下記の質問を読んで、当てはまる回答に「レ」をいれてください。

該当しない項目は、「いいえ」に「レ」をいれてください。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1.自分が吸うつもりでいた本数より、多くなったことがある。		
問2.禁煙や喫煙本数を減らそうとしたができなかった。		
問3.禁煙や喫煙本数を減らそうとした際に、タバコをどうしても吸いたくなる時があった。		
問4.禁煙や喫煙本数を減らした時に、次のどれかの症状があった。 イライラ、神経質、落ち着かない、集中できない、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		
問5.上記の内容を解消するために、喫煙をしたことがある。		
問6.重い病気をした時にいけないと分かっているながら吸ったことがある。		
問7.タバコを吸う事で体調面に問題が起きているにもかかわらず吸ったことがある。		
問8.タバコを吸う事で精神面※に問題が起きているにもかかわらず吸ったことがある。		
問9.自分がタバコに依存していることを感じたことがある。		
問10.タバコが吸えない付き合いや仕事を避けたことがある。		
(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 プログラム参加 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

氏名 _____

記入日 令和 年 月 日

※ この問診票・同意書用紙はコピーをとり、原本は当クリニックで保管、コピーは受診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。