

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

⇒ブリンクマン指数() (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らなくなることはありませんでしたか？		
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に健康問題が起こっているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
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のに、吸うことがありましたか。		
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何度かありましたか。		
(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 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 平成 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。