

禁煙外来問診票

記入日 20 年 月 日

氏名 (歳) 男・女

1. 禁煙への意欲

- 真剣にやめたいと思っている
 できればやめたいと思っている
 仕方なくやめようと思う
 その他

()

2. 禁煙に対する自信

- たぶん大丈夫
 やや不安
 かなり不安
 その他

()

3. 禁煙を考えた理由

- 自身の健康のため
 たばこ代の節約のため
 家人・友人の影響
 吸える場所が減った
 その他

()

4. 家庭・職場環境(○をつけてください)

- 家族に喫煙者は いる・いない
友人に喫煙者は 多数・少数・いない
職場は 禁煙・分煙・どこでも喫煙可
同居中の子供は いる・いない

5. 喫煙歴および禁煙歴

平均 本/日 年間(歳～ 歳)

禁煙した経験 無・有(回)

禁煙に用いた手段(○をつけてください)

ガム・パッチ・飲み薬・がまんのみ

その他

()

6. どんな時に吸いたくなりますか？

- 朝起きた時 食後
 仕事中 食後イライラしたとき
 仕事の合間 家でひまなとき
 お酒を飲んでいるとき
 他人が吸っていると
 その他

()

7. 治療中または治療したことのある病気

- 高血圧 糖尿病
 脂質異常症
 心臓病

(病名)

脳卒中 (病名)

肺疾患 (病名)

ニコチン依存症のスクリーニングテスト

質問内容	はい	いいえ
	1点	0点
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. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲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、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
5. 4 でき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るのに、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が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか ※1		
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		
合計点数		

※1. 禁煙や本数を減らしたとき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、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。

同意書

令和 年 月 日

この度貴院において**禁煙治療**を受けるにあたりまして、
予め医師からその治療における必要性や内容などにつき
まして十分な説明を受け、納得いたしましたので実施に
つきまして同意いたします。

また、予想外な状況が発生した場合にも、必要な緊急処置
を受けることにつきましても同意いたします。

生年月日 年 月 日 (歳)

患者氏名 ⑩

又は

代理人氏名 ⑩

患者本人との関係

※ 署名がある場合は捺印不要

※ 緊急の場合は代理署名可能とする。

なかむら内科ハートクリニック

院長 中村 秀樹 ⑩