

# 禁煙治療を始める方へ

過去1年以内に保険診療を使い禁煙治療を他院にて行ったことはありますか？

(  ある      ・      ない    )

※過去1年以内に保険診療で治療を行っている場合、保険で治療が出来ません。後日他院等で治療していた過去が発覚した際は全額自己負担となります。ご注意ください。

氏名 \_\_\_\_\_

記入日                      年                      月                      日

## 禁煙治療に関する問診票

Q1 現在、タバコを吸っていますか？

吸う     やめた (      年前 /      ヲ月前)     吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答えください。

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

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、あてはまる項目「はい」「いいえ」のどちらかに✓を入れてください。

	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ってしま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そうとしたときに、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分かっているのに吸うことがありましたか？		
問7. タバコのために自分に健康問題が起きていると分かっているのに、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きていると分かっているのに、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つきあいを避けることが何度かありましたか？		
合 計		

Q6 禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい     いいえ

氏 名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※1枚目記載の場合省略可  
きたかみ駅前内科クリニック

# 喫煙状況に関する問診票

氏名 \_\_\_\_\_

※1枚目記載の場合省略可

Q1 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？  
(            本)

Q2 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？  
5分以内    6～30分    31～60分    61分以上

Q3 今までタバコをやめたことがありますか？  
ある (            回) → (最長            年間 /            ヲ月間 /            日間)  
なし

Q4 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳位の頃ですか？  
(            歳)

Q5 タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？  
「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%としてお考えください。  
(            %)

Q6 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？  
はい → (続柄            )  
いいえ

Q7 現在、気になる症状はありますか？

Q8 現在、治療中の病気はありますか？