

問 診 票

来院日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
(〒 -)

ご住所 _____

電話番号 _____ ()

身長 _____ cm 体重 _____ kg (分かる範囲でご記入下さい)

1. 今日はどうされましたか？ (どのような症状ですか？)

.....
.....
.....

2. それはいつ頃からですか？

.....

3. 現在治療中の病気はありますか？ (○を付けて下さい) いいえ

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
脳梗塞 脳出血 その他 ()

※ 現在内服中のお薬・お薬手帳を持ってきた方は受付にお出し下さい

4. 女性の方へ・・・現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい・いいえ

5. 当クリニックを何でお知りになりましたか？ (○を付けて下さい)

- ①知人の紹介 *差し支えなければご紹介者名を教えてください () 様
- ②おもての看板・外掲示板 ③駅看板 ④他院からの紹介
- ⑤ホームページ (インターネット検索) ⑥電話帳・タウンページ ⑦町会の回覧・名簿など
- ⑧各種講演会や勉強会 ⑨パンフレット・その他 ()

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/ カ月前) 吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

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ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6ヵ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に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

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、落ちつかない、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わ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き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