禁煙外来問診票

お手数ですが、下の太枠内にご記入ください。
分からないところは空欄でかまいません。

初診日　　年　　月　　日

氏名	ふりがな	身長　/　体重 cm　/　Kg	
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日	年齢　　歳	
住所		電話番号	
職業（勤務形態）			
治療中の病気は ありますか？	□　なし □　あり　　通院中の病院（　　） 病名（　　） 授乳中、妊娠中もしくは妊娠の予定はありますか？　はい・いいえ		

喫煙開始年齢	歳	喫煙年数	年	平均喫煙本数	本

起床後1本目のタバコを吸うまでの時間	□5分以内　□6～30分　□31～60分　□60分以上
タバコをとくに吸いたくなるときは？ （いくつでも可）	□起床時 □食事前 □食事直後 □仕事中 □就寝前 □その他
今回禁煙しようと思った動機 （いくつでも可）	□病気になった □健康のため □症状（咳、痰など）のため □子ども（孫）が生まれる（た） □周りに迷惑 □喫煙場所が減った □医師のすすめ □家族のすすめ □テレビ、雑誌などで怖さを知った □特になし（何となく） □その他

喫煙する場所の割合	自宅	%	
	会社	%	
	その他	%	

今までに禁煙をしたことがありますか？		□ある　（　　回，最長期間　　） □なし
禁煙をしたことがある方にお聞きします。 再度喫煙をしたきっかけは何でしたか？		□飲み会の席で □もらいタバコ □自分で買った □その他
周囲の喫煙状況	自宅	□同居するご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 □家の中でも吸える □家の中では吸えないが、屋外なら吸える □家人のそばでは吸わない □自分の周囲（家族や友人）に喫煙者が多い □その他
	会社	□分煙されている □分煙されていない □会社では吸わない □外回り（営業）で吸える □その他
今回の挑戦を		□家族も知っている □会社の同僚も知っている □まわりは知らない
車の運転について		□通勤・通学にほぼ毎日使用する □仕事で車を運転する（仕事が外回りの営業や運転手である） □買物やレジャーに使う程度 □ほとんど運転しない。又は運転しない
当院の禁煙外来を受診されたきっかけは何ですか？		□インターネットで調べて □タウンページ（電話帳）で調べて □かかりつけの医師の紹介で □知り合いから紹介されて □当院にかかったことがあるため □その他

ご記入ありがとうございました。

ニコチン依存度	**低0－3　中4－6　高7－10　5以上**	
呼気CO濃度	（　　）ppm	
ブリンクマン指数	（　　）	200以上

タバコ依存症スクリーニングテスト（TDS）

「はい」か「いいえ」のどちらかに○をご記入ください。
わからない質問については空欄のままでもかまいません。

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、できなかったことはありましたか。		
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.	禁煙したり本数をへらしたときに、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ても、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ても、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		