

# 問診票（禁煙外来）

フリガナ  
氏名

年齢 歳（男・女）

受診日 年 月 日

1	マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 20px;">当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</div>
2	他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	現在服用している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）
4	薬や食べ物でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬（ ） 食べ物（ ）
5	この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期（ ） 指摘事項（ ）
6	女性の方のみお答えください。 ● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）週 ● 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<別紙、『禁煙治療に関する問診票』『喫煙状況に関する問診票』へもご記入ください。>	

医療法人社団 桐光会 調布病院

# 禁煙治療に関する問診票

帳票 2

## 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下さい。〉

## Q2.1日に平均して何本タバコを吸いますか？吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ 1日 (          ) 本      加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、ブルーム・エス、バルズなど] 1日 (          ) 本

カプセル・ポッドタイプ [ブルーム・テック、グロー・センスなど] 1日 (          ) 個

## 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？吸っていたタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ (          ) 年間          加熱式タバコ (          ) 年間      うち併用 (          ) 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

# 喫煙状況に関する問診票

帳票 3

氏 名 \_\_\_\_\_

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

Q1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ 1日 ( ) 本

加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、プルーム・エス、パルズなど] 1日 ( ) 本

カプセル・ポッドタイプ [プルーム・テック、グロー・センスなど] 1日 ( ) 個

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ぐらいの頃ですか？

( 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、0~100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

( %)

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？