

問 診 票

年 月 日

[ID] 禁煙外来

| | | | | | |
|-------------|-------------------------|----------|----------------------|-------|---|
| ふりがな 氏 名 | (男・女) | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | 年 齡 | 歳 |
| 住 所 | 〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無) | | | | |
| 電 話 | 自宅 () | 本人携帯 () | 緊急連絡先 () | 続柄[] | |

身長: cm 体重: kg 職業:

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ・はい

【1】現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた (年前 / カ月前) 吸ったことがない

【2】現在吸っているタバコの種類は何ですか？ またそれを1日に何本吸いますか？

- 紙巻きタバコ 1日 () 本
 アイコス 1日 () 本
 ブルームテック 1日 () 本
 グロー 1日 () 本
 ベイブ (電子タバコ) 1日 () 本

【3】習慣的にタバコを吸うようになったのはいくつですか？ また何年間タバコを吸っていますか？

() 歳から () 年間

【4】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カ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6カ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

【5】今までに禁煙したことはありますか？

- はい
・何回ありますか？ () 回
・何歳の時ですか？ () 歳
・最も長く続いた時でどれくらい続けましたか？
(年 月 週間 日)
 いいえ

【6】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

裏面もご記入下さい

【7】以下の質問に、「はい」か「いいえ」でお答えください。

| 設問内容 | 1点 | 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。 | はい | いいえ |
| 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したか。 | | |
| 問4. 禁煙したり本数を減らしたいときに、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にもかかわらず、吸うことがありましたか。 | | |
| 問8. タバコのために自分の精神的問題(※)が起きているとわかっているにもかかわらず、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： 点

(※) 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、禁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。

【8】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

【9】現在気になる症状はありますか？

はい → (内容) いいえ

【10】薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だといわれたことがありますか

はい 飲み薬・注射・造影剤・食物・金属・消毒用アルコール・
テープ類・薬品名および食物名()・
その他()

【アンケート】ご協力をお願いします 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告(雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他())を見て
講演会・市民(健康)講座・西の京病院主催の教室に参加して
他院からの紹介(医療機関名)
西の京病院/他科からの紹介(科 先生、人間ドック/PET等検査)
知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介・近くて便利

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。