

禁煙治療に関する問診票・同意書

患者ID	
患者氏名	
生年月日	

- 現在、タバコ(電子タバコ・過熱式タバコを含む：以下同様)を吸っていますか？
☐ 吸う ☐ やめた(年前/ か月前) ☐ 吸わない

以下の問いには、【吸う】と回答した方のみご回答下さい

- 過去に禁煙外来を受診したことがありますか？
☐ ない ☐ ある(年 月頃受診)
- 1日に平均して何本タバコを吸いますか？
1日()本
- 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
- 禁煙することにどのくらいの関心がありますか
☐ 関心がない
☐ 関心はあるが、今後6か月以内に禁煙しようとは考えていない
☐ 今後6か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

* 病院使用欄

ブリンクマン指数
(対象は200以上)

- 下記の質問を読んで当てはまる場合は【はい】、当てはまらない場合は【いいえ】に☒を入れて下さい

質問内容	はい	いいえ
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る	☐	☐
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る	☐	☐
3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがある	☐	☐
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、憂うつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、食欲または体重の増加)	☐	☐
5. 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る	☐	☐
6. 重い病気にかかったときに、タバコは良くないとわかっているのに吸うことがある	☐	☐
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る	☐	☐
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る	☐	☐
9. 自分はタバコに依存していると感じることがある	☐	☐
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った	☐	☐

* 上記TDSテストの結果が5点以上でニコチン依存症と診断される
合計点数はクリニック職員が記載します =>

合計	点
----	---

禁煙治療に関する同意確認

- ☐ 禁煙治療(全12週間)を受けることに同意します(同意)
☐ 禁煙治療に同意しません(不同意)

記載日： 年 月 日

患者氏名：

森山総合クリニック【その他同意書】