

## 禁煙外来問診票

◆現在、タバコを吸っていますか？

吸う  吸っていた ( 年／ 月 日前 )

◆1日に平均して何本タバコを吸いますか？

A : 1日 ( ) 本

◆習慣的にタバコを吸うようになってから何年間経ちますか？

B : ( ) 年間

※ブリンクマン指数：  $A \times B = ( )$  \*対象は200以上

◆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

◆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  1時間以上

◆今までタバコをやめたことがありますか？

なし  
 ある ( 回、最長 年間／ か月間 /日間)

●喫煙を再開したときの状況を教えてください。

- 飲酒・宴会  我慢したが無理だった  イライラした  ストレス
- 周囲が喫煙していたから  もらいタバコ  体調がよくなったので
- 自分に対するごほうび  退屈で  人に勧められた  口寂しくて
- くせで、気がついたらなんとなく  体重が増えたから  その他 ( )

●禁煙がうまくいかなかったのは、なぜだと思いますか？

◆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

◆現在、気になる症状はありますか？

◆現在、治療中の病気はありますか？



質 問 内 容 (禁煙補助薬使用の方は必ず記入)			
1	妊婦または授産婦ですか？	はい	いいえ
2	不安定狭心症、急性期の心筋梗塞、重篤な不整脈がありますか？	はい	いいえ
3	経皮的冠動脈形成術、冠動脈バイパス術を受けた直後ですか？	はい	いいえ
4	脳血管障害を起こし、現在その回復段階ですか？	はい	いいえ
5	今までにニコチンパッチを貼って、過敏症が出たことがありますか？	はい	いいえ
6	てんかん又はその既往がありますか？	はい	いいえ
7	甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、インスリン依存性糖尿病とされていますか？	はい	いいえ
8	消化性潰瘍がありますか？	はい	いいえ
9	アトピー性皮膚炎あるいは湿疹性皮膚炎等の全身性皮膚疾患がありますか？	はい	いいえ
10	高血圧、不整脈、心不全、末梢血管障害(バージャー病等)とされていますか？	はい	いいえ
11	肝臓、腎臓の機能に障害があるとされていますか？	はい	いいえ
12	神経筋接合部疾患(重症筋無力症、イートン・ラート症候群)又はその既往がありますか？	はい	いいえ
13	うつ等の精神疾患またはその既往がありますか？	はい	いいえ

## 禁煙外来 プログラム参加 同意書

医師より禁煙治療について説明を受けたうえで  
禁煙治療(12週間)を開始する事に同意されますか？

はい 氏 名  
 いいえ

記入日 年 月 日

★★ 禁煙外来プログラムへ同意された方は「禁煙宣言書」への記入もお願いいたします ★★

## 禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、禁煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解したうえで、禁煙することを宣言します。

氏 名

担当医

記入日 年 月 日