

■問診

氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		
自覚症状 (該当に○)	・ 特になし ・ 咳 ・ 痰 ・ 息切れ	連絡先	電話番号	自宅・携帯 連絡時間帯	
			住所	〒 ー	
肺機能検査	検査の希望 (あり ・ なし) ※別途費用がかかります。		職場	勤務形態 (常昼・交替勤務)	
既往歴	心疾患・脳血管疾患・閉塞性動脈硬化症・その他 ()・なし				
現病歴	高血圧・高脂血症・糖尿病・慢性閉塞性肺疾患・その他 ()・なし 現在治療中の病気・・・あり ()・なし				
禁煙経験	あり (今回 回目、最長 年間／ ヶ月間／ 日間) ・ なし				
禁煙したい理由					
同居する家族	たばこを吸う人 : あり (続柄) ・ なし				
自己申告	①禁煙したい気持ち _____ % ②3ヶ月間禁煙できる自信 _____ %				

■禁煙補助薬処方のための問診

赤文字：禁忌 黒文字：慎重投与

問診 (禁煙補助薬使用の方は必ず記入)		
①妊婦または授乳婦ですか？	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、褐色細胞種、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・ラバート症候群) 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

喫煙状況に関する問診票

■以下の設問にお答えください。

設問内容 (TDS)		はい	いいえ
1	タバコを吸い始めたときに考えていたよりも、多くのタバコを吸うようになっていませんか？		
2	禁煙や本数を減らそうとして、できないことはありましたか？		
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなることがありましたか？		
4	禁煙したり本数を減らした時に、次のどれかがありましたか。 (イライラ、神経質になる、落ち着かない、集中しにくい、憂うつになる、不安になる 眠れない、頭痛、眠気、胃がむかつく、脈が遅くなる、手が震える、疲れやすく力が入らない、食欲が増した、体重が増えた、咳が続く、口の中がひりひり痛い)		
5	問4の症状を消すために、またタバコを吸い始めたことがありますか？		
6	病気にかかり、タバコがその病気によくないと分かっているのに、タバコを吸い続けたことがありましたか？		
7	タバコによって、せきや息切れなどの健康上の問題が起きたことがわかった後でも、タバコを吸い続けたことがありましたか？		
8	タバコによって、イライラしたり神経質になるなどの精神的な問題が起きていると分かった後でも、タバコを吸い続けたことがありましたか？		
9	あなたは、タバコなしでいられなくなっていると感じることがありましたか？		
10	あなたは、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

※TDSが5点以上で、ニコチン依存症が認められる。

ニコチン依存度テスト (FTND)				
質問	0点	1点	2点	3点
① 朝起きてからタバコを吸うまでの時間は？	1時間以降	1時間以内	30分以内	5分以内
② 1日に吸う本数は？	10本以下	11~20本	21~30本	31本以上
③ 1日の喫煙の中で、一番やめにくいのは朝最初の1本だ。	いいえ	はい		
④ 禁煙場所(電車の車内、病院、駅構内、学校、お寺など)で吸わないでいるとどうですか？	苦に ならない	我慢が つらい		
⑤ よくタバコを吸う時間帯は？ (はっきりしない=0点)	午後	午前		
⑥ 風邪をひいてせきがひどいときは？	吸わない	吸う		
[0~3点: 依存度低い 4~6点: 依存度中程度 7~10点: 依存度高い]				合計点数

- ◆ 現在、1日に吸うたばこの本数 (本) × 喫煙期間 (年) = (≥200)
- ◆ 直ちに禁煙することを希望しますか？ (はい ・ いいえ)
- ◆ 3ヶ月間の禁煙治療を受けることに同意しますか？ (はい ・ いいえ)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

上記により、〈 自由診療 ・ 保険診療 〉とする。

梶の木内科医院 禁煙外来

判定者

印