

いずみ耳鼻咽喉科・アレルギー科 禁煙外来 問診票および同意書

■自動車の運転など、危険を伴う機械の操作をすることがありますか？ (はい ・ いいえ)

■上記ではい、と答えられた方⇒禁煙補助内服薬を服用期間中(約 12 週間)、自動車の運転及び危険を伴う機械の操作などを避けることができますか？ (はい ・ いいえ)

■あなたはすぐに禁煙をしたいですか？ (はい ・ いいえ)

■禁煙開始時(現在)の年齢をご記入ください。 (満 歳)

■下線部に数字を記入してください。

(1 日喫煙本数) _____ 本 × (喫煙した年数) _____ 年 医療機関記入：プリンクマン指数

■下記の質問を読んで、当てはまるものに○をつけましょう。

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
2	禁煙や本数を減らそうとして、できなかったことがありますか	はい ・ いいえ
3	禁煙や本数を減らそうとして、タバコが欲しくてたまらないことがありましたか	はい ・ いいえ
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、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)	はい ・ いいえ
5	問 4 の症状を消すためにタバコを吸い始めることがありましたか	はい ・ いいえ
6	病気にかかった時に、タバコは良くないと分かっているのに吸うことがありましたか	はい ・ いいえ
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ても吸うことがありましたか	はい ・ いいえ
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ても吸うことがありましたか	はい ・ いいえ
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	はい ・ いいえ
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	はい ・ いいえ
医療機関記入：はい=1点 いいえ=0点		TDS 合計 _____ 点

■医療機関記入欄：呼気一酸化炭素濃度 _____ ppm

■あなたが禁煙しようと思った理由はなんですか？

(_____)

■同居の方で、タバコを吸っている人はいますか？ (はい ⇒続柄 _____ ・ いいえ)

■以下の項目に当てはまりますか？当てはまる項目にチェックしてください。

以前に薬を飲んで、かゆみや発疹などのアレルギー症状が出たことがある

腎臓の病気がある 精神疾患がある 妊娠・または授乳中である

他に服用中の薬がある (薬の名前： _____)

■過去に保険証を使って禁煙治療をしたことはありますか？ (はい(当院・他院) ・ いいえ)

■前回の(健康保険)禁煙治療の開始日から1年以上経過していますか？初めての方は記載不要。

(はい ・ いいえ) ※前回の治療の初回診察日から1年経過していない場合は、自由診療となります。

■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(自筆)
記入日 年 月 日

■その他、気になることや質問がある方をご記入ください。

(_____)