

①禁煙外来問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____

質問（１）下線部に数字を記入してください。

_____ 本 × _____ 年 = _____
（１日喫煙本数） （喫煙した年数） ブリンクマン指数

質問（２）２週間以内に禁煙を開始するつもりはありますか？ [はい・いいえ]

質問（３）今後３ヶ月間にあと４回、診察を受けに来院できますか？ [はい・いいえ]

質問（４）下記の質問を読んで、あてはまるものに○をつけてください。

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試みて、できなかったことがありましたか。	はい・いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたりしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなることはありませんでしたか。	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、落ちつかない、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、食欲または体重の増加	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
7	タバコのために自分の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るのに、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付き合いを避けることが何度かありましたか。	はい・いいえ

はい＝１点 いいえ＝０点 **TDS 合計** _____ 点

質問（１）から（４）のご記入が終わりましたら、アイ・タワークリニック（03-5970-2716）へ電話で予約を入れてください。予約が取れましたら「②喫煙状況に関する問診票」をご記入いただき、クリニックまでお越しください。

-----※以下はまだ記入しないでください※-----

私は禁煙治療に同意し、以後４回にわたる診察を受診します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 担当医 _____