

ニコチン依存症管理料（保険適用）質問表

お名前 _____ 記入日 _____年 _____月 _____日

質問（１）下線部に数字を記入ください。

_____本 × _____年 =
 （一日喫煙本数） （喫煙した年数）

プリンクマン指数

質問（２） 1ヶ月以内に禁煙を開始するつもりはありますか？

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？
 （2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後）

質問（４） 下記の質問を読んで、あてはまるものに 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っていましたか。	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ときに、タバコがほしくてたまらなくなる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、食欲または体重増加）	はい	いいえ
5	問4 の症状を消すために、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

はい=1点、 いいえ=0点

TDS合計

点

-----以下にはまだ記入しないでください-----

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

患者氏名 _____ 担当医 _____

私は禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。支援者

喫煙状況質問表

お名前 (男・女)	年齢 ____ 年 ____ 月 ____ 日生れ	お仕事(職種)
はじめての喫煙 ____ 歳	定期的な喫煙 ____ 歳から	喫煙年数 ____ 年間
連絡先電話	パソコンメールアドレス	携帯メールアドレス

質問1 あてはまるものに をつけましょう。禁煙中の方は、喫煙していたときの状況をお答えください。
(FTND) 0点 1点 2点 3点

		0点	1点	2点	3点
1	起床後何分でタバコが吸いたくなりますか？	61分以上	31-60分	6-30分	5分以内
2	一日喫煙本数は何本ですか？	10本以下	11-20本	21-30本	31本以上
3	タバコが吸いたくて禁煙場所を避けたことがありますか。	いいえ	はい		
4	午前中に立て続けにタバコを吸ってしまう傾向はありますか？	いいえ	はい		
5	風邪をひいてタバコを吸うのが辛いときでも吸ってしまいますか？	いいえ	はい		
6	禁煙場所から喫煙可能な場所に行ったらすぐにタバコを吸ってしまいそうですか？	いいえ	はい		

合計 点

質問2 いままでにタバコをやめてみたことはありますか？

() タバコをやめてみたことがない
() タバコをやめてみたことがある () 回

最長どのくらい期間禁煙していましたか？ ()

使った方法は？ (はいくつでも)
ニコチンパッチ ニコチンガム 禁煙マラソン 禁煙本
ただ我慢した その他 ()

再喫煙したのは？ お酒の席 その他 ()

質問3 今のあなたの気持ちをお答えください。

() 1ヶ月以内に禁煙にチャレンジしようと考えている。 ____年 ____月 ____日から
() 半年以内くらいに禁煙にチャレンジしようと考えている。
() いつかは禁煙をと思うものの、まだ禁煙にチャレンジするつもりはない。
() 禁煙するつもりはない。
() もう禁煙を開始した。 ____年 ____月 ____日から禁煙開始した。

質問4 禁煙することに、どれくらいの自信がありますか？
0%（まったく自信がない）から100%（おおいに自信がある）の間の数字でお答えください。

%

質問5 メールアドレスをお持ちの皆様には、禁煙方法を相談したり状況報告ができる無料の禁煙相談サイト（携帯禁煙マラソン）を提供しています。

<input type="checkbox"/> 最初に書いたメールアドレスでの登録を希望する
<input type="checkbox"/> 別アドレスでの登録を希望する
アドレス：
<input type="checkbox"/> サイトへの登録を希望しない・メールアドレスがない

質問6 あなたの健康状況についてお伺いします。

6 - 1 現在治療中の疾患あるいは健康診断での指摘事項・気になる症状がありますか？

<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある
詳しくお書きください

6 - 2 妊娠中や授乳中ですか？

いいえ ・ はい

6 - 3 精神科あるいは心療内科を受診したことがありますか？

ない ・ ある

精神科や心療内科の疾患をお持ちの場合や、過去にかかったことがある場合は、禁煙治療経過や内服薬で注意が必要な場合があります。また担当医との打ち合わせが必要な場合も生じますので、「はい」の場合は、下記にもお答えください。

病名あるいは症状	内服薬の種類や名前
受診医療機関名	担当医のお名前
その医療機関に今も定期的に通っていますか	
はい（1ヶ月に 回） ・ いいえ	

質問7 自宅でもタバコを吸いますか？

- 自宅では吸わない(吸えない)
- 自宅の自室のみで吸う(自室以外では吸わない)
- 自宅の自室以外でも吸う

質問8 同居する家族で、タバコを吸っている人がいますか？

- いない(自分ひとりだけ喫煙)
- いる 続柄を記入ください()
- 一人暮らし(同居家族なし)

質問9 あなたのいつも働いている職場で、タバコは吸えますか？

- 自宅での仕事・あるいは無職
 - 職場では吸えない
 - 職場でも吸える その場所は
- | |
|------------|
| 喫煙室や喫煙コーナー |
| 建物の外 敷地の外 |
| その他() |

質問10 禁煙外来では今後、定期的に禁煙経過をお伺いします。

10-1 電話を掛けてよい番号を記入ください。

電話番号 (自宅・職場・それ以外)

10-2 ご家族や職場の方がお電話に出られたら、

- 「 医院禁煙外来の**です」と名乗ってよい
- 個人名(例・知人の)を名乗ってほしい

質問はここまでです。外来受付にお渡してください。

質問についてわかりにくいことがありましたら、外来受付にお尋ねください。

医院禁煙外来 プライバシーポリシー

医院禁煙外来では、みなさまからいただいた情報や治療経過等の個人情報を個人情報保護法に従って取り扱い、厳重に保護し、これらの情報を目的外に使用することはありません。みなさまの状況を統計的に分析して禁煙方法の改善などの研究に役立てることがありますが、統計的に処理し、個人名が出ることは絶対にありませんのでご安心ください。