

禁煙治療に関する問診票①

問1 この1ヵ月間、タバコを吸っていますか？

吸っている やめた (年前 / カ月前)

以下の質問は、問1で「吸っている」と回答した人のみお答えください。

問2 1日に平均して何本、タバコを吸っていますか？ 1日 ()本

問3 習慣的にタバコを吸うようになってから何年、タバコを吸っていますか？ ()年間

ブリックマン指数 1日禁煙()本 × ()年間 = ≥200

問4 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ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6ヵ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

問5 下記の質問を読んで、あてはまる項目に○印を入れてください。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがありましたか。		
問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。		
問3 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問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、憂鬱、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		
問5 問4で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。		
問6 重い病気にかかったときに、タバコはよくないと分かっているのに吸うことがありましたか。		
問7 タバコのために自分に健康的問題が起きていると分かっているのに、吸うことがありましたか。		
問8 タバコのために自分に精神的問題が起きていると分かっているのに、吸うことがありましたか。		
問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。		
問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。		

問6 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 _____

記入日 年 月 日 _____

禁煙治療に関する問診票②

記載日： 年 月 日

氏名： (ID:)

問1 朝、目が覚めてからどの位経って、1本目のタバコを吸いますか？

5分以内 6-30分 31-60分 61分以上

問2 今までにタバコをやめた事がありますか？

ある (回、最長で 年間 / ヶ月 / 日間)

なし

問3 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳位の頃ですか？

(歳) ※問診で必要な為、未成年問わずお答え下さい。

問4 タバコをやめる事について、どの程度自信を持っていますか？

(%) ※全く自信が無いを0%~大いに自信があるを100%として

問5 同居する家族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

問6 現在気になる症状はありますか？

息切れ・息苦しさ 痰がらみ 咳 便秘 胸部症状(不整脈、動悸、しめつけ感等)

浮腫み その他

問7 ・不整脈があると言われますか？ いいえ はい

・腎臓(腎機能)が悪いと言われていますか？ いいえ はい→※eGFR30以下

問8 現在、治療中の病気はありますか？

糖尿病(メトホルミン錠、インスリン注射)

心房細動(ワーファリン・ワルファリン錠)

気管支喘息(テオフィリン錠)

利尿剤(ラシックス・フロセミド錠)

消化器(シメチジン錠) →チャンピックスとの併用注意

心療内科(統合失調症、うつ病の治療薬) →チャンピックスで病状悪化の恐れ 主治医の許可を

問9 現在、他院よりお薬をもらっていますか？お薬手帳があればお出し下さい。

はい

(内容

※多い場合はお薬手帳コピー参照)

いいえ

問10 車の運転、仕事で機械の操作をしますか？

はい ⇒問11へ

いいえ

問11 仕事で日常的に 通勤、たまに操作する程度

禁煙宣言書

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、
____月____日より、禁煙することを宣言します。

____年____月____日

患者氏名_____

担当医_____

私は、禁煙が成功するよう暖かく支援することを約束します。

支援者_____

三島共立病院