

禁煙外来同意書

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

(男・女)

住所:〒

電話番号:

Q. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- 他院からの紹介 知人の紹介 () 様 ホームページ
 新聞の折込広告 当院の看板 その他 ()

Q. 現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ

※『はい』とお答えの方 病名 () 受診中の病院名 ()

Q. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ

※『はい』とお答えの方 食べ物 () 薬剤 ()

Q. アルコールを飲みますか？ はい いいえ

※『はい』とお答えの方 内容 () 頻度 ()

Q. ニコチン依存症の判定テスト (TDS)

1. 自分が吸うつもりよりも、多くタバコを吸ってしまうことがあった。 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った。 はい いいえ

3. 禁煙や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った。 はい いいえ

4. 禁煙や本数を減らしたときに、次のどれかがあった。

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

5. 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った。 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った。 はい いいえ

裏面に続く

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にもかかわらず、吸うことがあった。 はい いいえ
8. タバコのために精神的問題が起きているとわかっているにもかかわらず、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った。 はい いいえ
10. タバコが吸えないようなつきあい避けることが何度かあった。 はい いいえ

※『はい』の合計 _____ 点 (医師記載 対象は5点以上)

Q. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ (_____ 本)

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

※ブリンクマン指数 (_____) (医師記載 対象は200以上)

Q4. 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ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない
- 今後6ヶ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

禁煙外来 プログラム参加 同意サイン欄

禁煙治療(全12週間)を受けることに同意されますか？

- はい いいえ

氏名

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご協力ありがとうございました

日暮里内科・糖尿病内科クリニック