



No. _____

禁煙専門外来診療録

カルテID: _____

初診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お手数ですが、下の太枠内にご記入下さい。わからないところは空欄でかまいません。
記入頂いた個人情報はずべて、公務員法及び医師法により厳重に守秘義務が課せられ、プライバシーは守られますので、安心してありのままをお書き下さい。

氏名	ふりがな			男・女
電話	□携帯			
メールアドレス(あれば)				
こちらからの連絡方法 (禁煙開始 1 週間後に 連絡予定)	□電話 □メール □その他() □連絡して欲しくない			
喫煙開始年齢	歳	喫煙年数	年	
喫煙本数	本/日			
起床後 1 本目のタバコ を吸うまでの時間は?	□5 分以内 □6~30 分 □31~60 分 □61 分以上			
過去の禁煙経験は?	回	最長禁煙期間	年	月 日 時間
周りでタバコを吸って いる人はいますか?	□はい () □いいえ			
今回、禁煙しようと思っ た動機や理由を自由 にお書き下さい				
今のところ、いつから禁 煙を始めようと思っ ておられますか?	□すでに禁煙中 (いつからですか?) □直ちに □1 ヶ月以内 □その他 ()			
禁煙に成功する自信はど のくらいありますか?	□かなりある □少しだけある □ほとんどない (%)			
現在、通院しています か?	□通院していない □通院している (病院名) 病名 ()			
次の病気にかかったこ とはありますか?	□心臓病 (心筋梗塞・狭心症など) □脳卒中 (1 ヶ月以内) □腎臓病 □精神疾患 □その他 ()			
薬の副作用を言われた ことはありますか?	□ある (内容:) □ない			
●以下は、女性の方のみお答えください				
妊娠の可能性はありま すか?	□ある □ない			
授乳中ですか?	□はい □いいえ			

裏面もご記入ください。

●下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。

説明内容	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そうとしたときに、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)		
問5. 上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わかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. タバコのために健康問題が起きていることがわかっているのに、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。		
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つきあいを避けることが何度かありましたか。		
合計		

●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

- ① ニコチン依存症の判定テストが5点以上
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を掛けた数が200以上であるものであること。
- ③ ただちに禁煙を始めたいと思っている
- ④ 禁煙治療を受けることを文書で同意している

----- 以下は診療所記入欄です -----

<確認項目>

血圧 _____ / _____ mm Hg 体重 _____ kg

タバコが有害であることの認識・説明

吸いたくなった時の対処法

(_____)

タバコ3点セットの処分

禁煙日記の記載法の説明

禁煙達成時のご褒美

(_____)