

禁煙外来(問診票・同意書)

※初めての方はお手数ですが下記の項目を記入して下さい。
 ※2回目以降の方で住所・連絡先に変更がある場合は記載をお願いします。

住所	〒 _____		電話番号	_____
			緊急連絡先	_____
氏名	フリガナ _____	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日
		男・女		

- Q1 何歳頃からタバコを吸い始めましたか？ () 歳
- Q2 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日 () 本
- Q3 禁煙したことはありますか？ はい いいえ
- Q4 Q3で「はい」の方にお聞きします。それは何歳頃ですか？ () 歳
 その期間はどのくらいですか。 _____ 年 _____ ヶ月
- 再度タバコを吸ってしまったきっかけは ()
- Q5 禁煙を決意した理由を教えてください。1.健康の為 2.金銭的な理由 3.その他 ()
- Q6 入院した病気や、通院している病気はありますか？ ()
- Q7 現在服用中の薬があれば記入して下さい。 ()
- Q8 薬、食べ物アレルギーがありましたら記入して下さい。()
- Q9 続いて以下の設問内容に回答して下さい。

設問内容		はい 1点	いいえ 0点
1	自分が吸うつもりの本数よりも、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	禁煙や本数を減らそうとした時、タバコが欲しくてたまらない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そうとしたときに、次のどれかがありましたか。 (イライラ、憂うつ、眠気、手のふるえ、食欲・体重増加、集中力低下など)	はい	いいえ
5	上記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	重い病気にかかって、タバコはよくないわかっているのに吸う事がありましたか。	はい	いいえ
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事がありましたか。	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のに吸う事がありましたか。	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ようなことが何度かありましたか。	はい	いいえ
禁煙治療プログラム参加同意サイン欄		合計	_____ 点

私は直ちに禁煙することを希望し「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療プログラム(全12週間、計5回)に参加することに同意いたします。

氏名 _____

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

禁煙治療担当医療機関 **森下駅前クリニック** TEL 03-6666-9335

- 当院について何でお知りになりましたか？
- ご家族(親族)のご紹介→お名前() 知人・ご友人のご紹介 → お名前()
- 他院からのご紹介→ 病院名()
- インターネット (ホームページ フェイスブック その他のサイト → サイト名()
- 看板/チラシ/広告→どちらの看板/チラシ/広告ですか？ ()
- クリニック前を/近所 その他()
- ※当院からの医療情報・検診案内をお届けするはがき、ダイレクトメールをお送りさせていただいてもよろしいですか？
 ・はい ・いいえ