

## 《 問診票 》

ID 記載日 平成 年 月 日

|      |     |              |                      |         |       |
|------|-----|--------------|----------------------|---------|-------|
| ふりがな |     | 生年<br>月<br>日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日 生 |       |
| 氏名   |     |              |                      |         | ( 才 ) |
| 住所   | 〒 - | 電話           | 自宅                   | -       | -     |
|      |     |              | その他連絡先               | -       | -     |
|      |     |              | (携帯電話・勤務先・その他 : )    |         |       |

問診票記入者: ご本人・ご家族 ( ) ・ スタッフ ( )

- 1 症状についてお聞かせ下さい。  
 いつ頃からですか? ( )  
 どのような症状ですか? ( )
- 2 現在治療中の病気がありますか?  
 なし ・ あり ( ) 病院名 ( )
- 3 何かお薬を服用されていますか?  
 なし ・ あり ( )
- 4 今までにかかったことのある病気についてお教え下さい  
 心臓病・高血圧・糖尿病・脳梗塞・結核・がん ( )  
 腎臓病・肝臓病・前立腺肥大・緑内障・その他 ( )
- 5 以前に手術を受けたことがありますか?  
 いいえ ・ はい ( 病名 )
- 6 以前に薬や注射、または食品で副作用やアレルギー症状が出たことがありますか?  
 いいえ ・ はい ( 薬や食品の名前 )
- 7 お酒は飲みますか?  
 いいえ ・ はい ( 時々、毎日、週 日 何をどの位 )
- 8 タバコは吸いますか?  
 いいえ ・ はい ( 1日 本 × 年 ) ・ やめた(どの位前 )
- 8 血縁の方に病気があれば教えてください。  
 なし ・ あり ( )
- 9 現在妊娠してますか? または授乳中ですか?(女性の方のみご記入ください)  
 いいえ ・ はい (妊娠 週 ・ 授乳中) ・ わからない (最終月経日 )
- 10 その他、相談したいこと・希望することなどがあればお書き下さい。  
 ( )

※ 検温の結果をお書き下さい。  °C

\* 当院をどのようにしてお知りになられたかお教えてください(よろしければご記入下さい)  
 通り道・看板(当ビル・駅・市役所)・電話帳・ホームページ(公式サイト・ddまっぷ・iタウンページ・他)  
 紹介・その他 ( )

# 禁煙治療に関する問診票

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

- 吸う       やめた(      年前/      か月前)       吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日(      )本

Q3. 習慣的にタバコを吸ようになってから何年間タバコを吸っていますか？ (      )年間

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か月以内に禁煙しようとは考えていない  
 今後6か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

Q5. 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。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

| 設問内容   | はい<br>1点 | いいえ<br>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. 問4でうかがった症状を消すために、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。   |          |           |
| 問8. タバコのために自分に精神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  |          |           |

Q6. 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