

ID: \_\_\_\_\_

## 患者様情報

\* 患者様情報・問診票の情報につきましては、個人情報保護法に基づき管理します。

\* 当院では診察・その他に際し、患者様のお名前をお呼び致します。ご了承ください。

氏名 (カナ)

(漢字)

性別

男性

女性

生年月日

西暦

年

月

日

歳

現住所

〒

電話

(自宅)

(携帯)

E-mail

健康診断について

毎年実施している (結果持参 あり・なし)

近く受ける予定がある

全くない

当院は何でお知りになりましたか

雑誌

新聞

テレビ

産業医

ホームページ

知人

他の医療機関からの紹介

その他

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 禁煙外来・問診票

氏名 \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ cm

1. 1日に平均何本くらいのタバコを吸いますか ( ) 本

2. 習慣的にタバコを吸うようになって、何年タバコを吸っていますか ( ) 年

3. 朝目覚めてからどのくらい経ってから、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

4. 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。

	はい 1点	いいえ 0点
① 自分が思っていたよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありますか		
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すか		
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		
④ 禁煙や本数を減らした時に、以下の症状がありましたか イライラ、神経質、落ち着かない、集中しにくい、憂うつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、 脈が遅い、手のふるえ、食欲亢進又は体重増加		
⑤ ④で伺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		
⑥ 重い病気にかかった時、タバコは良くないとわかっているのに吸うことはありましたか		
⑦ タバコが原因で自分の健康問題が起きているとわかっても、吸うことがありましたか		
⑧ タバコが原因で自分の精神的問題が起きているとわかっても、吸うことがありましたか		
⑨ 自分はタバコに依存していると感じることがありますか		
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		

5. 以下の質問に当てはまる内容がありますか

仕事で、車の運転や機械操作などに従事している

精神科や心療内科、メンタルクリニック等へ通院し、薬を処方してもらっている

今まで薬を飲んで、かゆみや発疹などのアレルギー症状が出たことがある

妊娠中又は授乳中である

他の病気等で薬を服用している

( )

6. 今までにかかった大きなケガや病気、現在治療中の病気があればお書き下さい