

禁煙外来問診票

年 月 日

ID 氏名

下記の質問をお読みいただき、はい・いいえのどちらかに○、または数字のご記入をお願いいたします。

設問内容	
問1. 自分が吸うつもりよりもずっと多くタバコを吸うことがありましたか。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
問3. 禁煙したり本数を減らしたり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。	はい・いいえ
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに以下の症状がでたことがありましたか。 (イライラ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・ゆううつ・頭痛・眠気 胃のむかつき・脈が遅い・手のふるえ・食欲または体重の増加)	はい・いいえ
問5. 問4で症状を消すために、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
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はありましたか。	はい・いいえ
問7. タバコのために自分に健康問題が起こっているとわかっているのに吸うことがありましたか。	はい・いいえ
問8. タバコのために自分に精神的問題が起こっているとわかっているのに吸うことがありましたか。 注)精神的問題とは…禁煙や本数を減らしたときに出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、禁煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ
問10. タバコが吸えないような職場や付き合いを避けることが何度かありましたか。	はい・いいえ
問11. 1日に平均して何本タバコを吸いますか。	本
問12. 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

※以下、病院記入欄です。

- ◎ TDS(ニコチン依存症スクリーニングテスト)が5点以上 合計
- ◎ ブルマリン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上
- ◎ 精神疾患の有無

有・無

呼気一酸化炭素濃度

回数	濃度	単位
初回	/	ppm
2回目	/	ppm
3回目	/	ppm
4回目	/	ppm
5回目	/	ppm

ハイ・チェッカー

項目	肺年齢	1秒率	%FEV	評価
/				
/				