

禁煙治療のための問診票

楯谷内科クリニック

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っていることがありますか。	
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。	
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・落ち着かない・集中しにくい・ゆううつ・頭痛・眠気・胃がむかつき、脈が遅い・手のふるえ・食欲または体重の増減)	
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。	
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。 ※ 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	
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。	

ニコチン依存性に係わるスクーリングテスト

※ TDS 5点以上

点

喫煙1日の本数

喫煙年数

×

=

※ ブリンクマン指数 200以上

禁煙治療を同意します。

記入日 平成 年 月 日

氏名 _____

呼気一酸化炭素濃度測定

初回診察	再診1 (2週目)	再診2 (4週目)	再診3 (8週目)	再診4 (12週目)
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
()PPM	()PPM	()PPM	()PPM	()PPM