



禁煙外来問診票

ID: _____

氏名: _____

次の質問にお答えください。当てはまる□に してください

質問 1. 今回禁煙しようと思ったきっかけや理由を教えてください。

質問 2 今までに吸っていたタバコの本数と年数を教えてください。

例) 18 歳から喫煙 10 本を 10 年 20 本を 30 年

_____	_____	_____
歳から喫煙	本を	年
_____	本を	年

看護師記入欄
ブリンクマン指数

質問 3. 今まで禁煙に挑戦してみたことはありますか？

ない ある

「ある」と答えた方 ⇒ 最長どのくらい禁煙できましたか？ (_____ 年間、 _____ ヶ月間、 _____ 日間)
 禁煙方法は？ ひたすら我慢 あめ、ガム 禁煙外来受診
 再び喫煙してしまったきっかけは何ですか？
飲酒 手持ちぶさた 周囲の喫煙者に勧められた

質問 4. どんな時に吸いたくなりますか？ (複数回答可)

起床時 食後 (朝・昼・夕) 仕事中 (昼休み・仕事の合間) 手持ちぶさた
ストレスを感じたとき TV を見ているとき 酒の席 (自宅・飲み会)
就寝時 その他 (_____)

看護師記入欄
禁煙外来受診歴
なし あり
他院 当院
 _____ 年 _____ 月 _____ 頃
チャンピックス
ニコチンパッチ

☆あなたはタバコをどこで吸いますか？

(喫煙する同居家族がいる場合はそのご家族が吸う場所も教えてください)

リビング 換気扇の下 ベランダ 自分の部屋 トイレ 浴室 家の庭
職場の作業机 (PC の前) 職場の休憩所 職場の喫煙所 職場の外 車内

質問 5 ご家族構成とご家族の喫煙状況について教えてください

同居家族は いない

いる ⇒ 夫 妻 父 母 子供・孫 (_____ 歳 _____ 歳 _____ 歳)

同居家族の中でたばこを吸う方はいますか？ 例) 長男が 20 本/日程度

- ・ (誰? _____) が (_____ 本/日程度)
- ・ (誰? _____) が (_____ 本/日程度)
- ・ (誰? _____) が (_____ 本/日程度)

質問 6. あなたのご職業と職場での喫煙状況を教えてください

無職 専業主婦 学生

ご職業は？ (_____)

職場 (学校内) は分煙されていますか？ ⇒ いる いない

職場 (学校内) には喫煙者がいますか？ ⇒ 多い 少ない 全くいない

看護師記入欄
車の運転の頻度

質問 7. 禁煙を応援してくれる方はいますか？

いない いる ⇒ (どなたですか? _____)

質問8 今までに周りから喫煙について注意や指摘を受けたことはありますか？

ない ある

☆注意をされてどう思いましたか？

質問9 あなたが禁煙に成功した時のメリットはなんだと思いますか？（複数回答可）

健康面 金銭面 対人面 臭い 美容 家族への健康への影響

質問10.現在かかっている病気、今までにかかった病気を教えてください

例) 狭心症 内服中・なし・手術後・その他
うつ病 内服中・なし・手術後・その他

・ [] (内服中・なし・手術後・その他))
・ [] (内服中・なし・手術後・その他))
・ [] (内服中・なし・手術後・その他))

質問11.禁煙支援外来は、計5回の受診が必要になります。

特別な理由（途中で入院した）がない限り、途中中断は避けていただき、3ヶ月以内に計5回必ず受診していただきたいです。受診できそうですか？

いいえ はい

看護師記入欄

以下の質問にお答えください。

問1. 自分が吸うつもりよりもずっと多くのタバコを吸っていますか？

はい いいえ

問2. 喫煙本数を減らそうと試みて、できなかったことはありますか？

はい いいえ

問3. 禁煙したり、本数を減らそうとした時にタバコが欲しくてたまらなくなることがありますか？

はい いいえ

問4. 喫煙したり本数を減らした時に次のどれかありましたか？

（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、手の震え、食欲または体重増加）

はい いいえ

問5. 問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？

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分かっているのに吸うことがありましたか？

はい いいえ

問7. タバコのために自分に健康問題が起きていると分かっているのに、吸ってしま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きていると分かっているのに、吸ってしまうことがありましたか？

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仕事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

☆TDS 点