

# 禁煙外来予約事前 問診票・同意書

氏名

カルテ番号

※ 問Ⅰ～Ⅳにお答え下さい。

問Ⅰ 下記の質問を読んで当てはまる項目に○を記入してください。  
該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容(TDS)	はい 1点	いいえ 0点
問1 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くの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、出来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そうとしたときに、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・食欲または体重の増加)		
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すか。		
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にも、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きているとわかっているにも、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付き合いを避けることが何度かありましたか。		
TDS合計	点	

問Ⅱ 現在、吸われているタバコの銘柄と1日を平均してタバコを何本吸いますか。

( )本

問Ⅲ 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

問Ⅳ 禁煙治療を受けることに同意しますか？

☐ はい ☐ いいえ

氏名

記入日

年

月

◆ プリンクマン指数

問Ⅱ × 問Ⅲ =

点