

## 【禁煙外来初診時間診票(1)】

禁煙治療に健康保険を使用できる条件にあてはまるかどうかを判定する問診票です。

### A. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた( 年 前/ 月 前) 吸わない

### B. 以下の質問は、吸うと回答した人のみお答えください。

(1) 1日に平均何本吸いますか？ 平均( )本

(2) 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

(3) あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

- 関心がない  
 関心はあるが、今後6ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない  
 今後6ヶ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない  
 直ちに禁煙しようと考えている

(4) 過去1年以内に、保険での禁煙治療を受けましたか？

a. はい(治療開始日 年 月 日) b. いいえ

### C. 下記の質問を読んで「はい」か「いいえ」を選んでください。

(1) 自分が吸うつもりより、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがありますか？

a. はい b. いいえ

(2) 禁煙や節煙(本数を減らす)を試みてできなかったことがありますか？

a. はい b. いいえ

(3) 禁煙や節煙でタバコが欲しくてたまらなくなることがありましたか？

a. はい b. いいえ

(4) 禁煙や節煙で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、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、食欲増進、体重増加)

a. はい b. いいえ

(5) 上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか？

a. はい b. いいえ

(6) 重い病気にかかって、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？

a. はい b. いいえ

(7) タバコのために健康問題が起きていると分かっているのに吸うことがありましたか？

a. はい b. いいえ

(8) タバコのために精神的問題が起きていると分かっているのに吸うことがありましたか？

a. はい b. いいえ

(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？

a. はい b. いいえ

(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回かありましたか？

a. はい b. いいえ

### D. 以下は、担当医の説明を受けてからご署名ください。

私は健康保険による禁煙治療の説明を受けた上で、禁煙の意思や自信の度合いにかかわらず、必ず既定のスケジュール通りに通院して禁煙治療を受けることに同意します。  
(ただし、天災、入院など不可抗力の障害によって治療が中断することは例外とします)

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