

禁煙治療に関する問診票

帳票 2

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた（ 年前 / カ月前） 吸わない

〈以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。〉

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ 1日（ ）本

加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、プルーム・エス、パルズなど] 1日（ ）本

カプセル・ポッドタイプ [プルーム・テック、グロー・センスなど] 1日（ ）個

Q3. 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？ 吸っていたタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ（ ）年間 加熱式タバコ（ ）年間 うち併用（ ）年間

Q4. あなたは禁煙することにどのくらいの関心がありますか？

関心がない

関心はあるが、今後6カ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6カ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

Q5. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	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、できなかったことがありますましたか。		
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すましたか。		
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ても、吸うことがありますましたか。		
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ても、吸うことがありますましたか。		
問9. 自分はタバコに依存していると感じましたか。		
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。		

合計

Q6. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ

氏名 _____
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

喫煙状況に関する問診票

帳票 3

氏 名 _____

記 入 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Q1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ 1日 () 本
加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、プルーム・エス、パルズなど] 1日 () 本
カプセル・ポッドタイプ [プルーム・テック、グロー・センスなど] 1日 () 個

Q2. 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？

5分以内 6~30分 31~60分 61分以上

Q3. 今までタバコをやめたことがありますか？

ある (回、最長 年間 / カ月間 / 日間)

なし

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいの頃ですか？

(歳)

Q5. タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

(%)

Q6. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

はい → (続柄) いいえ

Q7. 現在、気になる症状はありますか？

Q8. 現在、治療中の病気はありますか？

禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で、____月____日より、禁煙することを宣言します。

_____年____月____日

患者氏名_____

担当医_____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者_____

禁煙証明書

私は、現在禁煙しています。

_____年____月____日

患者氏名_____

上記の人が現在禁煙していることを証言します。

氏名_____

患者との関係（あてはまるものに○）

家族 友人 同僚 その他

ニコチン依存症治療用アプリ及び呼気一酸化炭素測定器（CO チェッカー）による治療の同意書

ニコチン依存症治療用アプリ及び呼気一酸化炭素測定器（CO チェッカー）について十分な説明を受け、利用を希望します。

年　月　日

_____ (患者住所)

_____ (患者署名)

上記の申告・同意を受け、次の項目について確認を行った上で、禁煙治療用アプリ及び呼気一酸化炭素測定器（CO チェッカー）を処方します。

【確認事項】

- ・呼気一酸化炭素濃度の測定等、10ppm 以上に濃度が上昇するたばこの使用を確認している
- ・バレニクリンを処方している
- ・患者のスマートフォンがアプリの推奨利用環境を満たしている
- ・専用 Web サイトを通じたモニタリング、分析・利用環境の整備している

年　月　日

_____ (医療機関名)

_____ (医師名)

(注)

この書類は 2 部作成し、一部は患者交付用、一部は医療機関の保存用とする。

患者の署名は、医療機関の保存用の一部のみでも差し支えない。