

樹のはなクリニック問診票

ID

この問診票に記載していただく事柄は、患者さんの診療記録（カルテ）を作成するために使用します。ご記入にご協力下さい。

初診日 年 月 日

ふりがな

男

お名前

女

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年 月 日

ご住所

お電話番号

ご自宅： — —

患者さんへ当クリニックよりご連絡を差し上げる
場合がございます。ご了承頂けない方は、下記を
で囲んで下さい。 **了承しない**

(連絡がとれるところ)

携帯番号： — —

1. 本日の受診目的を下記より選び にレ印をご記入ください。

内科の診療 禁煙外来 物忘れ外来 検査診断書などの書類

自由
診療

ストレス測定 血管年齢測定 にんにく注射

その他のご相談

2. いつ頃から、どのような症状ですか？

3. 通院中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名：)

4. いつも内服している薬はありますか？

今回の症状で他院で処方された薬があればそれをご記入ください。

いいえ ・ はい

5. アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症なども含みます。)

いいえ ・ はい (どのようなアレルギーですか？)

6. 今までにおおきな病気にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい (病名： いつ頃：)

7. 今までに輸血を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい (何年くらい前ですか？)

8. ご家族で下記の病気にかかっている方はいますか？

いいえ ・ はい (高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・甲状腺・結核・がん・脳疾患等)

9. たばこは吸いますか？

吸わない ・ 吸う 本/E やめた ・ やめたい

10. 飲酒はしますか？

飲まない ・ 飲む

11. トイレの悩みはありますか？

ない ・ ある (頻尿・夜間にトイレに行く・間に合わない・濡れてしまう・その他)

12. 当クリニックを知ったきっかけをお教えてください。

看板 ・ ホームページ ・ 折込広告 ・ 他院からの紹介 ・ その他

13. お薬を処方する際、後発医薬品(ジェネリック)を希望されますか？

希望する ・ 希望しない ・ どちらでも良い

14. 女性の方のみお答えください。 妊娠 (有・無) 授乳 (有・無)

禁煙初診 問診票

1. 禁煙への意欲

真剣にやめたいと思っている
できればやめたいと思っている
まわりの影響で仕方なく

*やめたい気持ちは、約()%である。

2. 禁煙に対する自信

たぶん大丈夫
やや不安
かなり不安

*やめられる自信は約()%である。

3. 禁煙を考えた理由(複数回答可)

健康に悪いため 前からやめたかった
タバコ代の節約 吸える場所が減った
家族・友人の影響 自分(妻)が妊娠した
その他()

4. 家庭・職場環境(いずれかに)

家族に喫煙者は いる・いない
友人に喫煙者は 多数・少数・いない
職場は 禁煙・分煙・何処でも可
同居中の子ども いる・いない

5. 喫煙歴および禁煙歴

本/日× 年間(歳~ 歳)

禁煙した経験 無・有(回)

*禁煙経験「有り」の方はご回答下さい!

禁煙に用いた手段(複数回答可)

【ガム、パッチ、飲み薬、本、ネット、我慢のみ
再喫煙の理由()

6. 趣味・嗜好

ご趣味()

アルコールは よく飲む・あまり飲まない

コーヒーは よく飲む・あまり飲まない

スポーツは よくする・あまりしない

車の運転は よくする・あまりしない

ペットは いる・いない

7. 朝起きて一本目を吸うまでの時間

5分以内 6~30分

31~60分 61分以上

*1本も吸わない日がある? はい・いいえ

8. タバコの銘柄とニコチン含有量

銘柄:

ニコチン含有量 mg

メンソール系ですか? はい・いいえ

主にどこで買いますか?()

9. どんな時に吸いたくなりますか?

(複数回答可)

朝起きた時 食後
仕事中 イライラした時
仕事の合間 家で時間が空いたとき
飲みに行った時 他人が吸っていると
その他()

10. 治療中(または治療したことのある)病気

(複数回答可)

心臓病 脳卒中
高血圧 糖尿病
高脂血症 肺炎
がん 精神的疾患・不眠症
その他()

11. ご家族に何かご病気はありましたか?

12. (咳 ・ 痰 ・ 息切れ) はありませんか? 該当する時は をして下さい。

13. 歩きタバコ(する・しない)

禁煙治療に関する問診票

Q1 1日平均何本たばこを吸いますか？

1日 () 本

Q2 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間ですか？

() 年間

Q3 いままでに医療機関で禁煙治療をしたことがありますか？

今回がはじめて / () 年 () ヶ月前に行ったことがある

Q4 下記の質問にあてはまれば右欄に○を入れてください。

①	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまっていましたか？	
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？	
③	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこが欲しくて欲しくてたまらなくなることはありませんでしたか？	
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	
⑤	④で伺った症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか？	
⑥	重い病気にかかったときにたばこ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？	
⑦	たばこ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うことがありましたか？	
⑧	たばこ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うことがありましたか？	
⑨	自分はたばこに依存していると感じることがありましたか？	
⑩	たばこ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 個

Q5 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

