

禁煙治療に関する問診票

呼気一酸化炭素濃度検査

初 回	_____	PPM
再 1	_____	PPM
再 2	_____	PPM
再 3	_____	PPM
最 終	_____	PPM

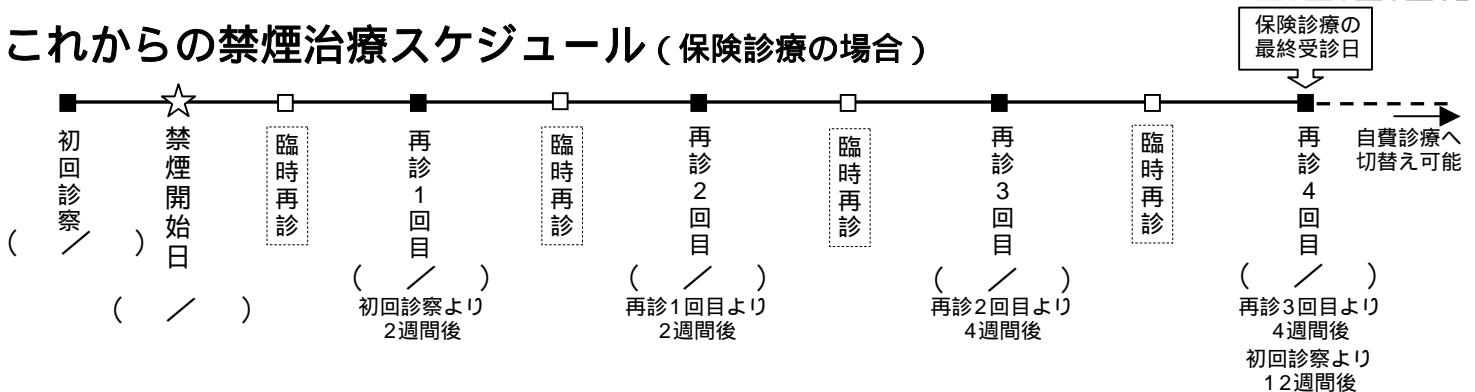
- Q1 1日平均何本たばこを吸いますか？
1日（ ）本
- Q2 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間ですか？
（ ）年間
- Q3 いままでにニコチンパッチを使って禁煙治療をしたことがありますか？
今回がはじめて / （ ）年（ ）ヶ月前に行ったことがある
- Q4 下記の質問にあてはまれば右欄に を入れてください。

<input type="checkbox"/>	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いましたか？	
<input type="checkbox"/>	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か？	
<input type="checkbox"/>	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がありましたか？	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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できましたか？	
<input type="checkbox"/>	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できましたか？	
<input type="checkbox"/>	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できましたか？	
<input type="checkbox"/>	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できましたか？	
<input type="checkbox"/>	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？	
<input type="checkbox"/>	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

これからの禁煙治療スケジュール（保険診療の場合）



禁煙治療の保険診療期間は初回診察から12週間（約3ヶ月間）となっています。

- ... 定期的な診察になります。予定日にご来院いただけないときはご連絡ください。
- ... 診療状況・医師の判断により臨時で診察が必要な場合があります。

保険診療で禁煙治療を開始する場合、上記のスケジュール(初回診察から12週間、3ヶ月が目安)の途中で治療を中止してしまうと、初回診察から1年を超えなければ再び保険診療での禁煙治療を受けることができません。(初回診察から1年以内に禁煙治療を再び始める場合は、すべて自費診療になります)

保険診療で禁煙治療を開始する場合、上記のスケジュールで禁煙治療が終わらなかつたとしても、医師との相談により自費診療に切り替えることができます。

不定期ですがクリニックより禁煙治療応援メールをお送りしています。
よろしければメールアドレスのご記入をお願いします。