

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。

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

(連絡がとれるところ)

ご自宅

-

-

携帯番号

-

-

◎検査結果のお知らせなど連絡を差し上げる
場合がございます。ご了承頂けない方は、
○で囲んで下さい。 了承しない

本日の受診目的を下記より選び に 印をご記入ください。

- 内科の診療 禁煙外来 物忘れ外来 糖質制限
 自費診療 診断書 その他のご相談

1. 本日どのような症状でおかかりですか？

2. 通院中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____)

3. いつも内服している薬はありますか？

他の病院で処方された薬をご記入ください。

いいえ ・ はい (_____)

4. 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? _____)

5. 今までに大きな病気(怪我)にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____ いつ頃: _____)

6. 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? _____)

7. 実のご両親・ご兄弟で下記の病気にかかられた方はいますか？

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

8. たばこは吸いますか？(電子タバコ・加熱式タバコ含む)

吸わない ・ 吸う 1日 本 やめた ・ やめたい

9. 飲酒はしますか？

飲まない ・ 飲む (たまにお付き合いの程 ・ ほぼ毎日)

10. トイレの悩みはありますか？

ない ・ ある (頻尿・夜間数回トイレに行く・間に合わない・漏れあり・その他)

11. お薬は、後発医薬品(ジェネリック、値段の安い)を希望されますか？

希望する ・ 希望しない ・ どちらでも良い

12. 当てはまる方のみお答えください。(妊娠あり・授乳あり・妊娠の可能性あり)

13. 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 ・ 他院からの紹介 ・ お知り合いから紹介 ・ その他 (_____)

問診

ID () お名前 ()

年 月 日記入

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!

①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

②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
 工作中 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)

*ありがとうございました

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、ずっと多き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すか？	
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

