

ふりがな：	男 ・ 女	住所： 〒 _____
氏名：		
※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください		
生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		電話番号： _____ 携帯電話： _____
メールアドレス：ご希望の方のみご記入（PCからメール受信できるアドレス）		

わかる範囲で下記にご記入お願い致します

身長： _____ cm

ご職業（具体的な業務内容または業種）

- ・自動車などの運転、または危険を伴う業務がありますか？ いいえ ・ はい
- ・以下の病気などで治療を受けたことがある、または今現在受けていますか？
糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・結核・脳血管疾患・胃腸疾患・眼科疾患・メンタル
内分泌疾患（甲状腺など）・がん・手術 その他重要なもの [_____]
- ・現在服用中の薬はありますか？ お薬手帳などあれば見せてください なし ・ あり
- ・お薬や食べ物でアレルギーまたは副作用はありますか？ なし ・ あり
- ・お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 飲む
- ・女性の方へ 現在 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい ・ わからない

当院を何で知りましたか？ よろしければ下記該当項目に○をつけてください（本日初診の方のみ）

ネット検索・口コミ（知人や家族から）・近くを通った・他院からの勧め・その他 [_____]

当院までの交通手段を教えてください 車（又はタクシー）・電車・バス・自転車（又はバイク）・徒歩

禁煙治療に関する問診票

Q 1. 現在、習慣的にタバコを吸っていて、なおかつ、すぐに禁煙しようと考えていますか？

はい いいえ 「はい」の場合のみQ 2以降へ

Q 2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ () 本

Q 3. 何年間タバコを吸っていますか？ () 年間

Q 4. 下記の質問で当てはまる場合に「はい」に、当てはまらない場合、あるいは設問が該当しない場合は「いいえ」に✓を入れてください。

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。		
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したか。		
問7. タバコのために自分の身体的問題（咳や痰が続く、血圧が上がるなど）が起きるとわかっているにもかかわらず、吸うことがありましたか。		
問8. タバコのために自分に精神的問題（神経質になる、不安やうつ症状が出現するなど）が起きるとわかっているにもかかわらず、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
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		

Q 5. 本日より遡って1年以内に健康保険を使って禁煙外来で治療を受けましたか？

はい いいえ

Q 6. あなたは、禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ



医療法人社団 邦潤会
幕張クリニック
 総合診療・訪問診療・認知症診療
 内科・心療内科・精神科

氏 名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

喫煙状況とメンタルに関する問診票

Q1. 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？

- 10分以内 1時間以内 1時間以上

Q2. 今までタバコをやめたことがありますか？

- ある（ _____ 回、最長 _____ 年・月・日間）
 ない

Q3. 同居する方の中でタバコを吸っている方はいますか？

- いる（続柄： _____ ）
 いない

Q4. 以下の内容を読んで、ほぼ連日のように当てはまるものに○、

時々当てはまるものに△、当てはまらないものに×を記入してください

- ・ほとんど1日中気分が沈んでいる（ ）
- ・ほとんど1日中何に対しても興味が湧かず楽しめない（ ）
- ・食欲が低下、または体重の増減が激しい（ ）
- ・寝付けない、または夜中や早朝に目が覚める（ ）
- ・自分に価値が無い、または申し訳ないと感じる（ ）



医療法人社団 邦潤会

幕張クリニック

総合診療・訪問診療・認知症診療
内科・心療内科・精神科

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日