

禁煙外来 事前問診票

皆様の治療方針を決定する際の参考にしますので、以下の質問に回答してください。

記入日： 年 月 日

| | | | |
|------------|---------------|----|------|
| ふりがな 氏名 | 生年月日 年 月 日 | 年齢 | 性別 |
| 学部・学年/部署 | 学生番号/職員番号 | | 電話番号 |
| 住所 | | | |

- 1、人生で初めてタバコを吸ったのは何歳の時ですか？そのきっかけも教えてください。
- 2、習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳頃からですか？
- 3、タバコは何を吸っていますか？銘柄を教えてください。
- 4、1日に何本くらい吸っていますか？
- 5、これまでで一番多く吸っていた時期は1日に何本くらい吸っていましたか？
- 6、最後に吸ったのはいつですか？(記載不要です。外来当日に記載していただきます。)
- 7、これまでに禁煙しようとしたことがありますか？もしあるならばどのようにして禁煙し、どれくらい続けましたか？また吸い始めたきっかけも教えてください。

8、来校中及び勤務中にタバコが吸えないことを辛いと感じたことがありますか？あるならばそのときはどのようにして対処していましたか？

9、朝起きてから最初の一本を吸うのはいつ頃ですか？一番近いものにチェックを入れてください。

- 起床後 5 分以内
- 6～30 分以内
- 31～60 分以内
- 1 時間以上

10、同居者にタバコを吸う人はいますか？それは誰ですか？

- いる(が吸う)
- いない
- 一人暮らし

11、夜は眠れる方ですか？

12、胃が弱い方ですか？胃カメラを受けたことがあればその結果も教えてください。

13、これまでに大きな病気にかかったこと、手術歴等がありますか？

14、現在何か治療中の病気がありますか？内服中の治療薬も教えてください。
なお、治療中の場合は、主治医に禁煙外来に参加することを話されていますか？

(※禁煙外来初日は、お薬手帳の持参をお願いいたします)

15、コーヒーは好きな方ですか？

16、何かスポーツはしていますか？

17、お酒を飲む頻度を教えてください。

18、食事は三食きちんと食べる方ですか？特に朝食を摂っているか否かを教えてください。

19、皮膚は弱い方だと感じますか？

20、女性の方へ：現在妊娠している可能性がありますか？

21、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。

| 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 上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 タバコのために健康問題が起きていることがわかっても吸うことがありましたか。 | | |
| 問 8 タバコのために精神的問題が起きているとわかっても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 | | 点 |

(年齢 - Q2) × Q5 = プリンクマン指数 点 ※保健センターが記入します。

質問は以上です。何か個別に尋ねたいことや疑問点があれば下記に自由に記載ください。