ＩＤ【　　】

ココカラハートクリニック禁煙外来問診票・同意書

年　　月　　日記入

フリガナ		生年月日	____年____月____日生 （_____歳）
お名前	男・女		
現住所			
ご連絡先	TEL　　－　　－ ※必要な場合、当クリニック名でのご連絡を差し上げてもかまいませんか（はい・いいえ）		

質問にお答えください_____

Q1：現在、タバコを吸っていますか？

□吸う、□やめた(　　年前/　　ケ月前)、□吸わない

Q2：1 日に平均して何本タバコを吸いますか？1 日(　　)本

Q3：今までタバコをやめたことがあります？

□ある(　　回、最長　　年間、または　　ケ月間、または　　日間)

□ない

Q4：習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？

　　年間

Q5：あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

□関心がない。

□関心はあるが、今後 6 か月以内に禁煙しようとは考えていない。

□今後 6 か月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない。

□直ちに禁煙しようと考えている。

Q6：あなたにとって禁煙することは、どれくらい重要だとお考えですか？

あなたは今、何点くらいでしょうか（10点が非常に重要である。0点が全く重要でないとします。）

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

重要でない　　重要である

ＩＤ【　　】

Q7:今回あなたが禁煙すると決めたとして、禁煙できる自信はどのくらいありますか？
あなたは今、何点くらいでしょうか(10点が自信がある。0点が全く自信がないとします。)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

自信がない　　自信がある

Q8：下記の質問を読んであてはまる項目に〇をいれてください。該当しない項目はいいえとお答えください。

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・眠気・神経質・胃のむかつき・落ち着かない・頭痛 ・脈が遅い・集中しにくい・手のふるえ・ゆううつ・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タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっていても、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※が起きていると分かっていても、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。		

※⑧精神的問題とは禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状（いわゆる禁断症状）ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態をいいます。

合計	点

※以上 TDS5点以上でニコチン依存症と診断されます。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意日：　　年　　月　　日