

禁煙外来(問診票・同意書)

※初めての方はお手数ですが下記項目を記入してください。

※2回目以降の方で住所・連絡先に変更がある場合は記載をお願いします。

住所	〒 _____		電話番号	
			緊急連絡先	
氏名	フリガナ	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
		男・女		

- Q1 何歳からタバコを吸い始めましたか？ () 歳
- Q2 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日 () 本
- Q3 禁煙したことはありますか？ はい いいえ
- Q4 Q3で「はい」の方にお聞きします。それは何歳ころですか？ () 歳
その期間はどのくらいですか？ 年 カ月
- 再度タバコを吸ってしまったきっかけは？ ()
- Q5 直ちに禁煙したいですか？ はい いいえ
- Q6 禁煙を決意した理由は？ 1.健康のため 2.金銭的な理由 3.その他 ()
- Q7 入院した病気や、治療中の病気はありますか？ []
- Q8 薬、食物アレルギーがあれば記入してください。 []

Q9 続いて以下の設問内容に回答してください。

スクリーニングテスト:TDS(Tobacco Dependence Screener):

保険適用となる対象患者選定のためのニコチン依存症のスクリーニングテスト

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1.		
問2.		
問3.		
問4.		
問5.		
問6.		
問7.		
問8.		
問9.		
問10.		
合計		

禁煙治療参加同意サイン欄

私は直ちに禁煙することを希望し「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療(全12週間、計5回)に参加することに同意いたします。

氏名 _____

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

くめクリニック

TEL 0569 - 74 - 3377