

喫煙状況に関する問診票

ふりがな：	(男性・女性)	身長：	cm
氏名：	年齢： 歳	体重：	kg
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生
住所	〒		
電話番号：	ご職業： (具体的にお願いします)		
1	一日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？ (本)		
2	習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃からですか？ (歳)		
3	今までに禁煙にチャレンジしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (過去 回、最長 年/ カ月/ 日)		
4	現時点でタバコをやめることについてどの程度の自身を持っていますか？ 【まったく自信がない：0%】 【大いに自信がある：100%】 の間にあてはまる数字をお書きください。 (%)		
5	同居する家族の中でタバコを吸っている人はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (続柄：)		
6	現在、気になる症状はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (ある場合は以下にチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 集中しにくい <input type="checkbox"/> ゆううつ <input type="checkbox"/> 脈が遅い <input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 胃のむかつき <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> その他 ()		
7	現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (ある場合は以下にチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 高中性脂肪血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (境界型含む) <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> その他 ()		
8	当院での禁煙治療を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 担当医の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 病院の掲示 <input type="checkbox"/> その他		
9	その他、禁煙にあたってのご不明な点やご不安などございましたらお書きください。		