

禁煙治療に関する問診票

■問診

氏名	生年月日	昭和	年	月	日	(歳)	
自覚症状 (該当に○)	・ 特になし ・ 咳 ・ 痰 ・ 息切れ	連絡先	電話番号	自宅・携帯			連絡時間帯
肺機能検査	検査の希望 (あり ・ なし) ※別途費用がかかります。		住所	〒			—
			職場	勤務形態 (常昼・交替勤務)			
既往歴	心疾患・脳血管疾患・閉塞性動脈硬化症・その他 ()・なし						
現病歴	高血圧・高脂血症・糖尿病・慢性閉塞性肺疾患・その他 ()・なし 現在治療中の病気・・・あり ()・なし						
禁煙経験	あり (今回 回目、最長 年間／ ヶ月間／ 日間) ・ なし						
禁煙したい理由							
同居する家族	たばこを吸う人 : あり (続柄) ・ なし						
自己申告	①禁煙したい気持ち _____ % ②3ヶ月間禁煙できる自信 _____ %						

■禁煙補助薬処方のための問診

赤文字：禁忌 黒文字：慎重投与

問診 (禁煙補助薬使用の方は必ず記入)		
①妊婦または授乳婦ですか？	はい	いいえ
②不安定狭心症、急性期の心筋梗塞、重篤な不整脈がありますか？	はい	いいえ
③経皮的冠動脈形成術、冠動脈バイパス術を受けた直後ですか？	はい	いいえ
④脳血管障害を起こし、現在その回復段階ですか？	はい	いいえ
⑤今までにニコチンパッチを貼って、過敏症が出たことがありますか？	はい	いいえ
⑥てんかん又はその既往がありますか？	はい	いいえ
⑦甲状腺機能亢進症、褐色細胞種、インスリン依存性糖尿病とされていますか？	はい	いいえ
⑧消化性潰瘍がありますか？	はい	いいえ
⑨アトピー性皮膚炎あるいは湿疹性皮膚炎等の全身性皮膚疾患がありますか？	はい	いいえ
⑩高血圧、不整脈、心不全、末梢血管障害 (バージャー病等) とされていますか？	はい	いいえ
⑪肝臓、腎臓の機能に障害があるとされていますか？	はい	いいえ
⑫神経筋接合部疾患 (重症筋無力症、イートン・ラバート症候群) 又はその既往がありますか？	はい	いいえ
⑬うつ等の精神疾患またはその既往がありますか？	はい	いいえ