

禁煙外来問診票

ID

氏名

記入日

年

月

日

1. 過去に禁煙外来で治療を受けたことがありますか？

- ある (治療を受けた時期: 年前/ か月前)
なし

2. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？

(本)

3. 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)

4. 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？

- 5分以内 6～30分 31～60分 61分以上

5. 今までタバコをやめたことがありますか？

- ある (回、最長 年間/ カ月間/ 日間)
なし

6. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

- はい→ (続柄) いいえ

7. 現在、気になる症状はありますか？

8. 現在、治療中の病気はありますか？

9. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

- はい いいえ