

# 禁煙状況に関する問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 様 才 生年月日 年 月 日

〒 □□□-□□□□

住所

電話番号

当医院では患者さんの症状をより正確に理解して治療に反映できるように問診票の記入をお願いしております。よろしくお願ひ致します。

1、1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？ ( 本 )

2、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

3、今までにタバコをやめたことがありますか？

ある ( 回、最長 年間/ ヶ月/ 日間)

ない

4、習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいですか？ ( 歳 )

5、タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？

『全く自身がない』を0%、『大いに自身がある』を100%として、0~100%の間でお書きください。

( % )

6、同居する家族の中でタバコを吸っている方はいますか？ ( いる ・ いない )

7、現在治療中の病気はありますか？

( ある ・ ない )

病院名	病名	内服薬

8、今迄薬を飲んで身体にあわなかったことはありますか？

( ある ・ ない ) 症状 [ ]

9、当院に来院されたきっかけを教えてください。

家族・知人の紹介 ・ 医師の紹介 ・ 看板 ・ 電話帳 ・ チラシ・広告 ・ ホームページ ・ その他

HT cm WT kg BT °C BP / mmHg