

安全・有効な禁煙治療のための問診票

あすか薬局では、安全で有効な禁煙治療をすすめるために、薬剤師による禁煙サポートを行っております。禁煙を決意された方が「禁煙成功」のゴールテープを切ることができるように、お手伝いさせていただきます。

お手数ですが、下記にご記入ください。個人情報を守られますので、ご安心ください。



記入年月日 20____年 ____ 月 ____ 日

お名前（ふりがな）	性別 (男・女)	生年月日 (T/S/H) 年 月 日	年齢 歳
住所			
連絡先：			

薬剤師からお客様へ、禁煙状況を確認させていただくことがあります。確認の連絡がご不要のかたは、下の（ ）に○をつけてください。



() 禁煙状況の確認は不要

【質問1】

- ・今までにタバコをやめてみたことはありますか？ はい いいえ
はい と答えたかたのみ、次の質問に答えてください。
- ・今までにニコチンパッチを使ったことはありますか？ はい いいえ
はい と答えたかたのみ、
かぶれ：(あり・なし) 不眠：(あり・なし)
- ・今までにニコチンガムを使ったことはありますか？ はい いいえ

【質問2】 同居する家族で、タバコを吸っている人はいますか？

- () いない (自分ひとりだけが喫煙)
- () いる
- () ひとり暮らし

【質問3】 下線部に数字を記入して下さい (ブリンクマン指数)

_____本 × _____年 = _____
(1日喫煙本数) (喫煙した年数) (ブリンクマン指数)

【質問4】 下記の質問を読んで、あてはまるものに○をつけてください。(TDS)

1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがある。	はい	いいえ
2	禁煙や本数を減らそうと試みてもできなかったことがある。	はい	いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなることもある。	はい	いいえ
4	禁煙したり本数を減らしたときに、イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加が出た。	はい	いいえ
5	問4の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがあった。	はい	いいえ
6	重い病気にかかったときにタバコはよくないとわかっているのに吸ってしまった。	はい	いいえ
7	タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸ってしまった。	はい	いいえ
8	タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸ってしまった。	はい	いいえ
9	自分はタバコに依存していると感じることがある。	はい	いいえ
10	タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かあった。	はい	いいえ

はい=1点 いいえ=0点

合計 _____ 点

★プリンクマン指数が200以上 かつ TDSが5点以上 の場合、
保険診療による禁煙治療を受けることが可能です。

【質問5】 あなたの健康状況についておうかがいします。あてはまるものに○をつけてください。

() 現在治療中の疾患がない

() 現在治療中の疾患がある



詳しくお書き下さい

() 現在妊娠中か妊娠の可能性がある

() 現在授乳中である

() 精神科や心療内科を受診したことがある。

*禁煙は治療の有無にかかわらず、様々な症状（気分が落ち込む、あせりを感じる、不安を感じる等）を伴うことが報告されています。もともとこのような症状がある場合には、その症状が強くなることもあります。そのため、担当医との打ち合わせが必要な場合もあります。

【質問6】 現在ご使用中の薬があればご記入ください。