

ニコチン依存症管理料（保険適用）質問表

ふりがな			
お名前		男・女	生年月日 年 月 日
ご住所	〒		
電話番号	()		

質問 1 いままでどのくらいタバコを吸っていますか？

_____本 × _____年
 (一日喫煙本数) (喫煙した年数)

質問 2 タバコが切れるとイライラする、集中できないなどの症状がありますか？
 ある（頻回に 時々 まれに） ・ ない

質問 3 いままでにタバコをやめてみたことはありますか？

() タバコをやめてみたことがない
 () タバコをやめてみたことがある → (回)

最長どのくらい期間禁煙していましたか？ (_____年 _____ヶ月)

使った方法は？ (○はいくつでも)
 チャンピックス ニコチンパッチ ニコチンガム
 禁煙マラソン 禁煙本
 ただ我慢した その他 ()

再喫煙したのは？ お酒の席 その他 ()

質問 4 現在治療中の疾患、あるいは健康診断での指摘事項・気になる症状がありますか？
 該当する疾患がありましたら丸で囲んでください
 心筋梗塞・狭心症、 脳卒中・脳血管障害、高血圧症、高脂血症、糖尿病
 その他()
 また、女性の方で授乳中、もしくは妊娠されている可能性はありますか？
 はい ・ いいえ

質問 5 薬のアレルギー、もしくは貼布剤で皮膚のかぶれが生じたことはありますか？
 はい (アレルギーを生じた薬：)
 いいえ

質問 6 禁煙外来の終了後、治療効果を判定するため、電話連絡、もしくは手紙で喫煙状況をお伺いさせていただく事があります。よろしいでしょうか？
 はい ・ いいえ