

禁煙外来 プログラム参加 同意書

ブリンクマン指数

1日の喫煙本数(本)×喫煙年数(年)

当院使用欄

あなたは直ちに禁煙しようと考えていますか？

はい いいえ

以下の項目を確認し

レを入れて下さい

- 保険診療での治療を受けるには一定の要件があり、要件を満たさない場合は自費診療となります。

〔 ※ 保険診療での自己負担額(3割負担)の目安は、約1.2~2万円です
※ 自費診療での自己負担額の目安は、約7~8万円です 〕

- 禁煙治療は12週間で5回通院のプログラムとなっています。スケジュールどおりに来院できない場合、保険診療での治療は中断となり以降の治療は自費診療となります。
(再度の保険診療での治療は、初回目から1年経過する必要があります。)

- 内服期間中は車やバイクの運転、精密機械の操作、高所作業はできません。

- 内服薬とアルコールの相互作用により、けいれんや肝機能障害を引き起こす可能性があるため内服治療中は飲酒を控えてください。

- 持病のため通院中であつたり、常用薬がある場合、事前に通院先の医療機関へ禁煙治療を受けられるか確認してください。
(特に、精神疾患治療薬を服用している場合、禁煙補助剤を使用できないことがあります。)

- 内服薬による治療のため、現在の健康状態を確認する必要があります。健康診断の結果を持参してください。お持ちでない場合は当院にて事前検査(血液、レントゲン)を受けていただく必要があります。
(結果によっては治療困難と判断される場合があります。)

以上の項目を確認し医師より禁煙治療についての説明を受けた上で
禁煙治療を開始する事に同意されますか？

はい いいえ

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書のコピーをお帰りの際にお渡しします
治療終了までご自宅で大切に保管して下さい

保土ヶ谷クリニック

ニコチン依存度テスト(TDS)

以下の質問を読んで当てはまる項目にチェックを入れて下さい

		はい (1点)	いいえ (0点)
問1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがありましたか？		
問2	禁煙や本数を減らそうと試みて、出来なかったことがありましたか？		
問3	禁煙したり、本数を減らそうとした時に、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなる時がありましたか？		
問4	禁煙したり本数を減らした時に、次のどれかがありましたか。 (いらいら、神経質、落ち着かない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、食欲・体重増加)		
問5	問4の症状を消すために、またタバコを吸ってしまうことがありましたか？		
問6	重い病気にかかった時に、タバコは良くないと分かっているにもかかわらず吸うことがありましたか？		
問7	タバコによって自分に健康問題が起きていると分かっているにもかかわらず吸うことがありましたか？		
問8	タバコによって自分に精神的問題が起きていると分かっているにもかかわらず吸うことがありましたか？		
問9	自分はタバコに依存していると感じることがありましたか？		
問10	タバコが吸えないような仕事や、付き合いを避けることが何度かありましたか？		
		合計	点

※5点以上でニコチン依存症と診断されます

外来問診票

健診データ
 お薬手帳
 かかりつけ許可

ふりがな 氏名:	生年月日: 明大昭平 年 月 日 (歳)		
住所:	電話番号:		
身長: _____ cm	体重: _____ kg		
Q1 現在、治療中の病気や常用しているお薬がありますか 病名:	薬品名:	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q2 今までに大きな病気(入院、手術など)をしたことがありますか? 病名:	時期:	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q3 健康診断や人間ドックを受けていますか?	<input type="checkbox"/> 毎年受けている	<input type="checkbox"/> _____ 年前	<input type="checkbox"/> 受けていない
Q4 ぜんそくや咳ぜんそくと言われたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい (歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q5 胃炎、胃かいよう、十二指腸かいようになったことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい (歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q6 花粉症やアレルギー性鼻炎がありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q7 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q8 心療内科、メンタルクリニックにかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q9 これまでに体に合わなかった薬はありますか? 「はい」の方… 薬品名:	いつ頃どんな症状:	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q10 ビタミン剤やサプリメントを飲んでいますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q11 粉薬、水薬、カプセルなど飲みにくい薬はありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q12 お酒は飲みますか? 「飲む」の方… 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> _____ 回/週・月 量: <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 〈一合の目安: ビール500ml、缶チューハイ350ml、焼酎コップ半分、ウイスキーダブル1杯、ワイン2杯〉	<input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> 飲めない	<input type="checkbox"/> やめた (年前)
Q13 現在、気になる症状はありますか?			
Q14 男性の方のみ → 前立腺肥大症と言われたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
女性の方のみ → 妊娠の可能性はありますか? 授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

禁煙治療に関する問診票

Q1 今回禁煙を決意された理由は何ですか？	
Q2 現在のタバコの本数と年数を記入して下さい	1日 _____ 本 _____ 年間
Q3 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
Q4 朝目覚めてからどれくらいたって1本目のタバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> 6～30分以内 <input type="checkbox"/> 31～60分以内 <input type="checkbox"/> 61分以上
Q5 今までタバコをやめたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____ 回、最長 _____ 年間 / _____ ヶ月間 / _____ 日間)
※喫煙を再開したときの状況を教えてください(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> イライラしたから <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 寂しい <input type="checkbox"/> 我慢したが無理だった <input type="checkbox"/> もらいタバコ <input type="checkbox"/> 人に勧められた <input type="checkbox"/> 体調が良くなったから <input type="checkbox"/> 周囲が喫煙していたから <input type="checkbox"/> 退屈で <input type="checkbox"/> 自分に対するごほうび <input type="checkbox"/> くせで、気がついたらなんとなく <input type="checkbox"/> 体重が増えたから <input type="checkbox"/> その他(_____)	
※禁煙がうまくいかなかったのはなぜだと思いますか？	
Q6 過去に健康保険を使用して禁煙治療を受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方→ 使用薬剤:	治療時期: _____ 年 _____ 月
Q7 現在、タバコをやめることについてどの程度自信を持っていますか？	_____ %
「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として0～100の数字で記入して下さい	
Q8 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (続柄→ _____) <input type="checkbox"/> いいえ
Q10 タバコを吸うときはどんな時ですか？(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> 付き合い <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 会議や面談 <input type="checkbox"/> 超過勤務 <input type="checkbox"/> 間があくと吸う <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 起床時や就寝前 <input type="checkbox"/> その他(_____)
Q11 職場など周りの環境に関して伺います	※喫煙者数 <input type="checkbox"/> 喫煙者が多数 <input type="checkbox"/> 喫煙者は少数 <input type="checkbox"/> どちらともいえない ※環境 <input type="checkbox"/> 職場は禁煙(喫煙室: あり なし) <input type="checkbox"/> 職場の喫煙は自由 ※禁煙支援 <input type="checkbox"/> 周りは禁煙を支援している <input type="checkbox"/> 周りは禁煙を支援していない
Q12 就業内容について伺います	<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 外回り <input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 屋内作業 <input type="checkbox"/> 接客 <input type="checkbox"/> その他(_____)
Q13 あなたのストレス解消法はなんですか？	

呼気一酸化濃度測定

★あなたの測定結果★

ppm

★ 測定の意味

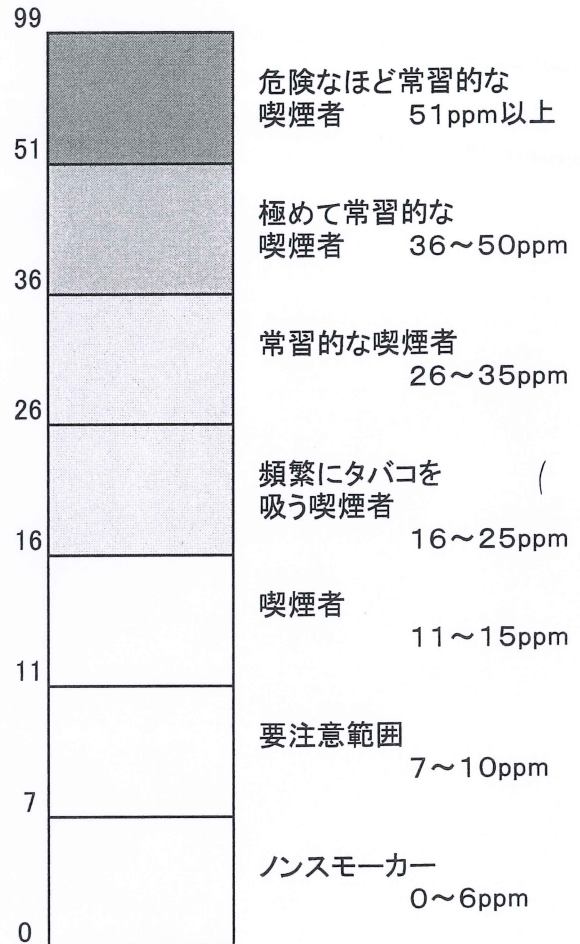
タバコの煙には200種類以上の有害物質が含まれており、代表的なものにニコチン・タール・一酸化炭素があります。
この中の一つの一酸化炭素がどのくらい体内に残っているかを測定します。

★ 測定結果の解釈

- ・非喫煙者との比較
タバコを吸わない人は0～6ppmです。
- ・大気汚染との比較
自動車の排気ガスにも一酸化炭素が含まれています。
大気汚染の上限値は10ppmです。
タバコを吸っていると、大気汚染のひどい地域に住んでいるのと同じことになります。

★ 一酸化炭素の影響

- ! 一酸化炭素は、ニコチンとともに**動脈硬化の原因**となり、**心筋梗塞**や**脳梗塞**を引き起こします。
- ! 一酸化炭素は、酸素の200倍以上ヘモグロビンと結合しやすく、酸素の運搬を妨害し、持久力や作業効率を低下させます。
- ! 害はまわりの人にも及びます。



☆ 禁煙すると… ☆

一酸化炭素濃度は禁煙した瞬間から下がりはじめ、20分で脈拍は正常になり、手の体温が正常にまで上昇し、8時間で一酸化炭素レベルが正常域になって運動能力が改善し24時間で心臓発作の確率が下がります。

診察前に毎回この検査を行います。測定値を禁煙手帳に記入して、どれくらい数値が下がっていくか確認してみましょう。

