

## 禁煙外来を受診される方へ

\*大切な内容ですので、よく読んで記入して下さい。

禁煙治療とは…ニコチン依存症と診断され、直ちに禁煙する意思のある方に対し、禁煙プログラムによる治療を行います。

### 禁煙プログラム

受診時期	治療内容
治療前の問診・初回診療	禁煙治療のための条件の確認 初回指導・医師による診察・禁煙補助薬の処方
再診1 (2週間後)	専任看護師によるカウンセリング ①呼気一酸化炭素濃度の測定 ②禁煙実行・継続に向けてのアドバイス ③禁煙補助薬の処方
再診2 (4週間後)	
再診3 (8週間後)	
再診4 (12週間後)	①・②及び医師による診察

まず、禁煙治療の保険適用に該当されるかどうかご確認ください。

あてはまる項目に  してください。

下記の計算式で 200 以上になる。

(1) 1日平均して何本タバコを吸いますか？

(2) 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？

(1) \_\_\_\_\_ 本 × (2) \_\_\_\_\_ 年間 = \_\_\_\_\_ \*

別紙の表(ニコチン依存症のスクリーニング)で、5点以上になる。

直ちに禁煙する意思がある。(禁煙宣言書にサインをしていただきます。)

上記3項目全てに該当される方は、保険適応となりますので、問診票をご記入ください。

尚、35歳未満の方は、\*の要件を満たす必要はありません。

☆該当されなかった方は、保険適応にはなりません。自由診療(10割負担)にて治療を希望される方は、問診票に進んで下さい。希望されない方は、受付にお申し出ください。

★今回、保険適応にて治療を受けた方は、禁煙成功・不成功を問わず、また途中で治療を中断した場合でも、再度保険適応下で禁煙治療を受けるためには、今回の初回診察日から丸1年以上経過する必要があります。他医を受診される場合も同様です。

ニコチン依存症のスクリーニングテスト	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、でき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ときに、タバコが欲しく て欲しくてたまらなくなることがありましたか。		
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。(イライラ、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、食欲または体 重増加)		
問5. 問 4 でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始 めることがありましたか。		
問 6. 重い病気にかかった時に、タバコはよくないとわかっているのに吸うことが ありましたか。		
問 7. タバコのために自分に健康問題がおきているとわかっ ても、吸うことがありましたか。		
問 8. タバコのために、自分に精神的問題がおきているとわか つても、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	点

喫煙状況等に関する問診票

(1)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    30分以内    60分以内    61分以上

(2)今までタバコをやめたことはありますか？

ある(    回、最長    年間／    か月間／    日間)

なし

(3)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？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書きください。

(    %)

(4)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

(5)現在気になる自覚症状はありますか？

(6) 禁煙外来は初めてですか？

はい ⇒ 市販のニコチンパッチやニコチンガムを使用したことがありますか？

はい  いいえ

いいえ ⇒ 以前に\_\_\_回 受けたことがある。

最後に受けたのは H\_\_\_年\_\_\_月～

使用した補助薬は  チャンピックス(飲み薬)

ニコチネルTTSパッチ(貼り薬)

その際にお困りになるような副作用はありましたか？

なし

あり どんな？

\_\_\_\_\_

その際に禁煙には成功しましたか？

不成功だった

成功した ⇒ その後いつまで禁煙が続きましたか？

\_\_\_\_\_

また、再び吸い始めたきっかけはどんなことですか？

\_\_\_\_\_

(7) 禁煙したい理由について教えてください。

(8) 現在、病院・クリニック等に通院していますか？

いいえ ⇒ 健康診断等で、異常の指摘を受けている項目はありますか？

いいえ

はい

はい ⇒ 治療中の病気と病院名、お薬を飲んでいる方は、その名前を記入して下さい。

(お薬手帳等を提示していただいても結構です。)

(9) 以下、あてはまる項目がありましたら  して下さい。

- 心臓の病気にかかったことがある。かかっている。(心筋梗塞、狭心症等)
- 皮膚が弱く、かぶれやすい。
- 汗をかくような運動をよくする。
- 腎臓の病気にかかったことがある。かかっている。  
健康診断等で、腎機能低下を指摘されている。
- 精神的な病気にかかったことがある。かかっている。(うつ、不眠症、パニック障害等)
- 日常的に車を運転する。
- 仕事で危険を伴う機械操作や高い所での作業をする。
- 妊娠中または授乳中である。

(10) 禁煙補助薬について、ご希望がありましたら教えて下さい。

- チャンピックス
- ニコチネルTTSパッチ
- よくわからない