

未成年禁煙外来 問診表

受診日： 年 月 日

氏 名		性別	男性・女性	学校名	中学・高校	年生
1 今まで病気や手術をしたことがありますか？ 又、現在治療中の病気がありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肺の病気 <input type="checkbox"/> 脳の病気 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
2 現在内服中の薬： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（ ）						
3 アレルギー： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（ ）						
4 今日、禁煙外来に来ようと思ったのは、どうしてですか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 自分から <input type="checkbox"/> 学校（先生）から言われて⇒罰則はありましたか？ <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 家族のすすめで <input type="checkbox"/> その他（ ）						
5 問4で自分からやめようと思ってと答えた方はどうしてですか？ <input type="checkbox"/> 健康のために <input type="checkbox"/> 病気になった <input type="checkbox"/> タバコ代がかかる <input type="checkbox"/> 学校で吸いにくくなった <input type="checkbox"/> その他（ ）						
6 今はタバコを吸っていますか？ <input type="checkbox"/> 毎日吸う <input type="checkbox"/> ときどき吸う <input type="checkbox"/> もう禁煙した（ 月 日から）						
7 いつから、どれくらい吸っていますか？ ・初めて吸ったのは _____ 歳ごろ（小・中・高） 年の 月 ・定期的に吸うようになったのは _____ 歳ごろ（小・中・高） 年の 月から ・やめられないことに気づいたのは _____ 歳ごろ（小・中・高） 年の 月 ・最近1日 _____ 本 一番多いときは1日 _____ 本						
8 ・いつ吸いますか？ <input type="checkbox"/> 学校に行く前 <input type="checkbox"/> 学校で <input type="checkbox"/> 放課後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> その他（ ） ・どこで吸いますか？ <input type="checkbox"/> 自宅の自室 <input type="checkbox"/> 自室以外の自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 友達の家 <input type="checkbox"/> 公園や路上 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
9 タバコはどこで入手していますか <input type="checkbox"/> 自動販売機で買う <input type="checkbox"/> コンビニで買う <input type="checkbox"/> タバコ屋で買う <input type="checkbox"/> 友達からもらう <input type="checkbox"/> 家族からもらう（誰から： ） <input type="checkbox"/> その他						
10 ・一緒に住んでいる人を教えてください <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> おじいさん <input type="checkbox"/> おばあさん <input type="checkbox"/> その他（ ） ・一緒に住んでいる人でタバコを吸っている人はいますか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 誰も吸っていない <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> おじいさん <input type="checkbox"/> おばあさん <input type="checkbox"/> その他（ ）						
11 学校には <input type="checkbox"/> 毎日行く <input type="checkbox"/> ほぼ毎日行く <input type="checkbox"/> 時々行く <input type="checkbox"/> ほとんど行かない						
12 いっしょにいる友だちでタバコを吸っている人がいますか？ いっしょにいる友だち _____ 人のうち _____ 人が吸う						

13 タバコを吸っている（吸っていた）ことで、どんな不都合がありましたか？

- ☐しかられた ☐見つからないかヒヤヒヤした ☐補導された ☐吸いに行くのがめんどろ
☐集中できない ☐息切れ ☐体力不足 ☐背がのびない ☐肌あれ ☐におい
☐その他 （ ）

14 禁煙できると思いますか？

- ☐もう禁煙している ☐できる ☐たぶんできる ☐たぶんできない ☐できない

15 ニコチンパッチを使用したことがありますか？ ☐なし ・ ☐あり

16 タバコをやめたらどんな良いことがあると思いますか？



17 タバコについての今の気持ちを書いてください。

18 きめ細かくサポートしていくために、学校の先生と連絡を取る事があります。

1) 学校の先生と連絡をしてもいいですか？

- ☐はい ☐いいえ

2) はいの場合、連絡してもいい先生の名前を教えてください。

- ☐担任 ☐養護教諭 ☐他 _____ 先生

19 タバコをやめる手助けをするための研究会や学会で、あなたのことを紹介してもいいですか？

あなたの氏名や生年月日などの情報は公表しません。

- ☐はい ☐いいえ



同意書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で、禁煙治療を受けることに同意します。

氏 名 _____

保護者 _____

連絡先 TEL _____ ☐自宅 ☐ _____ の携帯

* 禁煙外来では、今後定期的に通院して頂く為予約日を過ぎた場合や禁煙の状況確認の為に、連絡を取らせていただいております。

また、禁煙成功後は開始半年後・1年後の禁煙状況の確認のため連絡をさせていただきます。

☐連絡してもよい

☐連絡は希望しない