

禁煙外来問診表

ID

ふりがな		男	生年月日			
氏名			女	T・S・H 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 —					
TEL		携帯				

☆ 現在、治療中の病気がありますか？

☆ 現在、何かお薬を飲んでいますか？

おくすり手帳をお持ちでしたら、スタッフにお渡してください。

☆ 今までにかかったおもな病気、けが、手術があればご記入ください。

☆ アレルギーはありますか？（じんましんがでたり、気分がわるくなったりしたことがありますか？）

あり → 薬や食べ物の種類をご記入ください。

なし

☆ 現在、気になる症状やお聞きになりたいことがあれば、ご記入ください。

質問内容

今までタバコをやめたことがありますか？	はい(期間 )	いいえ
習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいの時ですか？		歳くらい
同居家族の中でタバコを吸っている人はいますか？	はい	いいえ
職場は分煙されていますか？	はい	いいえ