

禁煙治療初診問診票

記入日 年 月 日

| | | |
|---------|-------|----------|
| (フリガナ) | 性別 | 生年月日 |
| お名前 | 男・女 | 年 月 日生 歳 |
| ご住所 〒 - | お電話番号 | |

* 保険適用の条件確認を行います。

1. 外来通院中の患者さまですか？

はい・ いいえ

2. 過去1年間、他の医療機関を含め保険適用による禁煙治療を受けたことはありませんか？

はい（受けたことがない）・ いいえ（受けたことがある）

3. 直ちに禁煙を開始する意思はございますか？

はい・ いいえ

4. 35歳以上の方は、*ブリンクマン指数 ≥ 200 を満たしますか？

はい・ いいえ

*ブリンクマン指数：1日の平均喫煙本数（ 本） \times 喫煙年数（ 年）=（ ）

5. TDS ≥ 5 点を満たしますか？ *TDSは別紙より算定します。

はい・ いいえ

6. 禁煙治療を受ける場合、文書により同意をいただけますか？

はい・ いいえ

*ご回答ありがとうございました。

全ての条件を満たす場合は保険適用による禁煙治療を受けることができます。