

禁煙外来紹介予約申込票

実施日:月曜日(第1月曜日を除く)

京都済生会病院 地域連携室

TEL 075-956-3825(直通)

受付時間(原則):平日 午前9時~午後7時30分(木曜日は午後5時00分まで)

ご紹介元医療機関名

▼ご紹介患者さん情報

予約希望日	第1希望	年	月	日 ()	第2希望	年	月	日 ()
フリガナ	姓	名			性別	生 年 月 日		
患者氏名					男・女	T・S H・R	年	月 日
住 所	〒 -							
連絡先	() - () - () ※日中連絡が取れる電話番号をお願いします							

保険診療による禁煙治療は適用条件があります

保険適用条件 ※ひとつでも該当しない項目があれば自費診療になります

☐ 1. 直ちに禁煙しようと考えている☐ 2. ニコチン依存症と診断されている(ニコチン依存度チェック5項目以上該当)ニコチン
依存度
チ
ェ
ッ
ク

- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ ③禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなることがありましたか
- ☐ ④禁煙したり本数を減らしたときに、次のような症状がありましたか
- ☐ 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 ☐ 手のふるえ ☐ 食欲または体重増加
- ☐ ⑤④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
- ☐ ⑥重い病気にかかったときに、タバコは良くないとわかっているのに吸うことがありましたか
- ☐ ⑦タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか
- ☐ ⑧タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか
- ☐ 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
- ☐ ⑩タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか

☐ 3. ブリンクマン指数が200以上である

・1日平均()本 × 喫煙年数() = ()

☐ 4. 禁煙治療を受けることを文書により同意している

・禁煙外来初診時に同意書に記名していただきます

☐ 5. 過去12ヶ月以内に、保険診療にて禁煙治療を受けていない

▼今回適用される保険(保険証のコピー参照でも可) ※該当項目に○をご記入ください

保険(国保・健保)

・

生保

・

自費

※折り返し「予約票」をFAX送信致します。

上記受付時間外分のFAXについては、翌外来診療日に手続きさせていただきます。