

《基本情報シート（指導者記入用）》

№				年 月 日	
氏名：		年齢：	性別： 男 女	住所：	電話：
禁煙歴：ナシ、一回、二回以上（ニコチン製剤使用：有・無） 直近の禁煙期間（ ~ ）					
家族（同居）の喫煙		有・無（配偶者、子、父、母、兄弟、その他（ ））			
喫煙開始年齢：	才	現在の喫煙本数	喫煙指数：	ファーストローム指数：	
喫煙年数：	年	本 / 日	（年数 × 本数）	（依存度： 低 中 高 ）	
喫煙行動（必ず吸いたくなるのはどんな時か）		・朝起きた時 ・食後 ・コーヒーを飲んだ時 ・お酒を飲んだ時 ・会議中 ・仕事が一段落した時 ・その他（ ）			
禁煙歴のある方：失敗理由					
治療中の病気：			服用中の薬：		

禁煙方法の選択

1. ニコチン置換療法
2. 禁煙マラソン・卒煙ネットなど
3. 自身による決意・行動法
4. 禁煙外来

禁煙サポート記録

年月日	☐ 来所 ☐ 電話	
コメント		

年月日	☐ 来所 ☐ 電話	
コメント		

年月日	☐ 来所 ☐ 電話	
コメント		

年月日	☐ 来所 ☐ 電話	
コメント		