

禁煙治療に関する問診票

- Q 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本
- Q 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？（ ）年間
- Q あなたは禁煙しようと考えていますか？
- 禁煙はしようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない
- はい、直ちに禁煙しようと考えている
- いいえ

下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。

設問内容	はい	いいえ
問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。		
問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。		
問3. 禁煙や本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなる ことがありましたか。		
問4. 禁煙や本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、 落ちつかない、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)		
問5. 上記の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがあ りましたか。		
問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。		
問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。		
問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。		
問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。		

- Q 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？
- はい (続柄) いいえ
- Q あなたは、朝目覚めてから何分ぐらいで最初のタバコを吸いますか
- ① 5分以内 ② 6~30分以内 ③ 60分以内 ④ 61分以降
- Q 入院した病気や、通院している病気がありますか？
- Q 現在、服用中の薬はありますか？あれば薬名を記入するか、お薬手帳を提出して下さい。
- Q 今まで禁煙したことはありますか。
- ある (回、最長 年間/ カ月間/ 日間) ない
- Q タバコを止める自信は？ 「全くない」を0%、「大いに自信がある」を100%とすると
(%)
- Q 禁煙治療を受けることに同意されますか？ はい いいえ

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____