

## 《禁煙治療に関する問診票》

1) 現在、タバコを吸っていますか。

吸っている     禁煙した(      年前 /      カ月前)     吸わない

\* 以下の質問は、「吸っている」と回答した人のみお答え下さい。

2) 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日(      )本

3) 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

4) あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

- 関心がない
- 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
- 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない
- 直ちに禁煙しようと考えている

5) 下記の設問に該当する場合は「はい」、該当しない場合は「いいえ」の欄に○印を付けてください。

設 問 内 容		はい 1 点	いいえ 0 点
問1	自分が吸うつもりより、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありますか。		
問2	禁煙や喫煙本数を減らそうと試みて、できなかったことはありましたか。		
問3	禁煙や喫煙本数を減らそうと試みた時にタバコが吸いたくてたまらなくなることがありましたか？		
問4	禁煙や喫煙本数を減らそうと試みた時に下記に該当する症状がありましたか。 「イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、憂鬱、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、食欲または体重増加」		
問5	問4でお尋ねした症状を改善するために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ことがわかっても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ことがわかっても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たことがありますか。		
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。		
合 計			

6) 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 平成      年      月      日

氏 名 \_\_\_\_\_

# 《喫煙状況に関する問診票》

記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 \_\_\_\_\_

1) 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか。 ( \_\_\_\_\_ 本 )

2) 朝目覚めてからどのくらい経過して1本目のタバコを吸いますか。

5分以内     30分以内     1時間以内     1時間以上

3) 今までタバコをやめたことがありますか。

ある ( \_\_\_\_\_ 回、最長 \_\_\_\_\_ 年間、 \_\_\_\_\_ カ月間、 \_\_\_\_\_ 日間 )

ない

4) 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃ですか。 ( \_\_\_\_\_ 歳)

5) タバコをやめることについて、「全く自信がない」を0%、「かなり自信がある」を100%として、0~100%の範囲でご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )%

6) 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

7) 現在、気になる症状はありますか。

ある (具体的に記載: \_\_\_\_\_ )

ない

8) 現在、治療中の病気はありますか。

ある (具体的に記載: \_\_\_\_\_ )

ない