

禁煙治療に関する問診票

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？（該当する□に✓をいれてください。）

- 吸う やめた（ 年前 / ヶ月前） 吸わない

以下の質問は、「吸う」と回答した人のみ、お答えください

Q2. 1日に平均して、何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本

Q3. 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

Q4. あなたは禁煙することに、どのくらい関心がありますか？（該当する□に✓をいれてください。）

- 関心がない。
 関心はあるが、今後6ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない。
 今後6ヶ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。

Q5. 下記の質問を読んで、あてはまる項目に✓をいれてください。

（該当しない項目は、「いいえ」に✓をいれてください。）

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も、ずっと多くタバコを吸ってしまっていましたか。		
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	禁煙したり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はありませんでしたか。		
問 4	禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	問 4 で伺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。		
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。		
合 計			

Q6. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

- はい いいえ

氏 名 _____

記入日 令和 年 月 日