

禁煙治療に関する問診票

記入年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|------|-----|-----|------|-----|----|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生 | 大正 | 昭和 | 平成 |
| お名前 | | 男・女 | 年月日 | 年 | 月 | 日 (才) |
| ご住所 | 〒 - | | | | | |
| 連絡先 | - | | 携帯電話 | - - | | |

下記の質問にお答え下さい

| | | |
|-----|---|----------|
| Q1 | 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？ | 本 |
| Q2 | 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？ (当てはまる時間に○を付けて下さい) | 5分以内 |
| | | 6～30分以内 |
| | | 31～1時間以内 |
| | | 1時間以上 |
| Q3 | 今までにタバコをやめたことがありますか？ →あると答えた方、回数及び期間をお教え下さい (回 / 最長 年間 / カ月間 / 日間) | ある ・ ない |
| Q4 | 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 |
| Q5 | タバコをやめることについて、どの程度自信を持っていますか？ 「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書き下さい。 | % |
| Q6 | 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？ | いる ・ いない |
| Q7 | Q6でいると答えた方、続柄をお教え下さい | |
| Q8 | 現在、治療中の病気はありますか？ →あると答えた方、病名をお教え下さい () | ある ・ ない |
| Q9 | Q8であると答えた方、現在お薬は飲まれていますか？ →はいと答えた方、お薬手帳をお見せ下さい。お忘れの方は薬名をお書き下さい () | はい ・ いいえ |
| Q10 | 現在、気になる症状はありますか？ →あると答えた方、どのような症状かお教え下さい () | ある ・ ない |

Q1. 現在タバコを吸っていますか？

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下さい。

Q2. 1日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？

- 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○を入れてください。

| 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、禁煙したり本数を減らそうとしたとき、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか？ | | |
| 問4、禁煙したり本数を減らしたとき、次の症状のどれかがありましたか？ (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・食欲の増加・体重の増加) | | |
| 問5、問4でうかがった症状を消すために、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お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問題がお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付き合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

記入日 年 月 日

氏名 _____