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？

ロ吸う 　ロやめた （ 　　　　年前／　　　　　カ月前） 　　　ロ吸わない

*以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。*

1. 1日に平均して何本タバコを吸いますか ？

（1日　　　　　　　　　　　　　　　本）

1. 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）

1. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

口関心がない

口関心はあるが、今後 6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない

ロ今後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

口直ちに禁煙しようと考えている

1. 下配の質問を読んで、あてはまる項目にチェックを入れてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | はい(1) | いいえ(0) |
| 1. 吸うつもりよりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまう事がありましたか。 |  |  |
| 1. 禁煙や本数を減らそうと試みて出来なかったことがありますか。 |  |  |
| 1. 禁煙や本数を減らそうと試みた時に、タバコが欲しくてたまらなくなる事がありましたか。 |  |  |
| 1. 禁煙や本数を減らした時に、次のどれかの症状がありましたか。   イライラ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・憂鬱・頭痛・眠気  胃のむかつき・脈が遅い・手の震え・食欲増加・体重増加 |  |  |
| 1. ④で伺った症状を消す為に、またタバコを吸い始めることがありましたか。 |  |  |
| 1. 重い病気にかかったときに、タバコは良くないとわかっているのに吸うことがありましたか。 |  |  |
| 1. 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ても、吸うことがありましたか。 |  |  |
| 1. タバコのために自分に精神的問題が起きていると分かっていても、吸うことがありましたか。 |  |  |
| 1. 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。 |  |  |
| 1. 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　　　　点

1. 1年以内に禁煙外来で治療を受けたことはありますか？　　　　　□はい　　　　　□いいえ
2. 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