

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？

吸う やめた (年前/ カ月前) 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？

- 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

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。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

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に、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. 問4でうかが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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

禁煙治療に関する問診票

ID: _____ 氏名: _____

Q1.現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた (_____ 年前/ _____ ヶ月)

吸わない

以下の質問は、吸うと答え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？

吸っているタバコ全てについて記載してください。

紙巻きタバコ 1日 (_____) 本

加熱式タバコ

- ・スティックタイプ [アイコス、グロー、プルーム・エス、パズルなど]

1日 (_____) 本

- ・カプセル・ポッドタイプ [プルーム・テック、グロー、センスなど]

1日 (_____) 個

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？

吸っていたタバコ全てについて記載してください。

紙巻きタバコ (_____) 年間

加熱式タバコ (_____) 年間

紙巻きタバコと加熱式タバコの併用 (_____) 年間

禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果をも十分に理解した上で、____月____日より、禁煙することを宣言します。

_____年____月____日

患者氏名 _____

担当医 _____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者 _____