

ID: _____

禁煙治療の初回問診票

フリガナ _____

日付 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 才

ご職業 主婦 学生 医療職 会社員(_____)その他(_____)

- 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日(_____)本
- 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？(_____)歳から(_____)年間
- あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
直ちに禁煙したい すぐに禁煙する考えはないが、6カ月以内には禁煙したい
関心があるが、今後6ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない 関心がない
- 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？
5分以内 6~30分 31~60分 61分以上
- 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/ _____ ヶ月間/ _____ 日間) ない
- お子様のいらっしゃる方へ、妊娠中にタバコを吸っていましたか？ 禁煙した 吸っていた
 妊娠中つわり症状はどうでしたか？ 嘔吐あり強度 吐き気のみ ほとんどなし
- タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？0-100%の間でお書き下さい。(_____)%
- 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
- 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れて下さい。 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、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5, 問4の症状を消すために、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 点

- 現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？ (_____)
- 禁煙治療を受けることに同意されますか？ はい いいえ

