

## 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 /          ケ月前) ☐ 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は考えているが、直ちに禁煙する考えはない  
☐ 直ちに禁煙する考えている

**Q5 下記の質問を読んであてはまる項目にレを入れてください**

| 設 問 内 容 |                                                                                                             | はい<br>1 点 | いいえ<br>0 点 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| 問 1     | 自分で吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸って<br>しませんでしたか。                                                                       |           |            |
| 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<br>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<br>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そうとしたときに、次のどれかが<br>ありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、<br>集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>たか。                                                                             |           |            |
| 問 10    | タバコを吸えないような仕事やつきあいを避けることが<br>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