

禁煙補助治療 追加問診票

※わかる範囲でお答えください。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

Q 1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う  やめた ( \_\_\_\_\_ 年前/ \_\_\_\_\_ カ月前/ \_\_\_\_\_ 日前)

Q 2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本

Q 3. 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

Q 4. 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カ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6カ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

Q 5. 今回禁煙を始めようと思った理由はどのようなものですか？

Q 6. 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/ \_\_\_\_\_ カ月間/ \_\_\_\_\_ 日間)

なし

Q 7. 上記の質問にあると回答した人のみお答えください。

その時に禁煙に失敗した理由はなんですか？

Q 8. 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

Q 9. 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)

この線で切り取ってください。

**禁煙補助治療 追加問診票**

※わかる範囲でお答えください。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

Q10. 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？ 「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ください。

( \_\_\_\_\_ %)

Q11. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

はい→(続柄 \_\_\_\_\_ ) いいえ

Q12. 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」とお答えください。

	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いましたか？		
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、タバコが欲しくて欲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、憂うつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、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の健康問題が起きているとわかっているにもかかわらず、吸うことがありましたか？		
問8. タバコのために自分の精神的問題(注)が起きているとわかっているにもかかわらず、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	

注：禁煙や本数を減らしたときに出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態

この線で切り取ってください。