

禁煙治療に関する問診票

帳票2

Q1.1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日()本

Q2.朝目覚めて何本タバコを吸いますか？ ()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.今までタバコをやめたことはありますか？ ない ある ()回

Q5.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

Q6.タバコをやめることについてどの程度自信がありますか？

- 全くない あまりない 少しだけある かなりある

Q7.同居する家族はいますか？ いない いる ()人

Q8.気になる症状はありますか？ ない ある ()

Q9.治療中の病気はありますか？ ない ある ()

Q10.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。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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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ありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計	0	点

Q11.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