

禁煙治療に関する問診票

Q1. 現在、習慣的にタバコを吸っていて、なおかつ、すぐに禁煙しようと考えていますか？

はい いいえ 「はい」の場合のみ Q2以降へ

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ () 本

Q3. 何年間タバコを吸っていますか？ () 年間

Q4. 下記の質問で当てはまる場合は「はい」に、当てはまらない場合、あるいは設問が該当しない場合は「いいえ」に✓を入れてください。

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身体的問題（咳や痰が続く、血圧が上がるなど）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に精神的問題（神経質になる、不安やうつ症状が出現するなど）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つきあいを避けることが何度ありましたか。		
合計		

Q5. 本日より遡って1年以内に健康保険を使って禁煙外来で治療を受けましたか？

はい いいえ

Q6. あなたは、禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ



内科・外科・心療内科・腎臓内科
わかば宮本医院

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日