

喫煙状況・禁煙治療に関する問診票

年 月 日

氏名

Q1、過去1年以内に保険適応のある禁煙治療を受けていますか？

☐ はい ☐ いいえ

Q2、現在治療中の疾患がありますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた方

罹っている医療機関	病名及び内服薬

Q3、現在タバコを吸いますか？

☐ はい ☐ やめた（ 年前 / か月前）

Q4、1日平均何本タバコを吸いますか（吸っていましたか）

1日（ ）本・・・①

Q5、習慣的にタバコを吸うようになってから何年間になりますか

（ ）年間・・・② ①×②＝（ ）

Q6、新型タバコを吸いますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた方、何をどのくらい吸いますか？

スティックタイプ ☐ アイコス ☐ グロー ☐ ブルーム・エス ☐ パルズ

1日（ ）本

カプセル・ポッドタイプ ☐ ブルームテック ☐ グロー・センス

1日（ ）個

Q7、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(吸っていましたか)？

☐ 5分以内 ☐ 6~30分 ☐ 31~60分 ☐ 61分以上

Q8、今までタバコをやめたことがありますか？

☐ ある (回) ☐ ない
 最長 年間/ か月間/ 日間

Q9、習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳位の頃ですか？

() 歳ごろ

Q10、同居家族の中でタバコを吸う人はいますか？

☐ はい (続柄:) ☐ いない

Q11、気になる症状はありますか？

Q12、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、6ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない
- ☐ 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

Q13. タバコをやめることについて、どの程度自信を持っていますか？
「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下さい。

()%

Q14. 下記の質問を読んで当てはまる項目に✓を入れて下さい。

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すか。		
問3.	禁煙したり本数を減らそうとした時に、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時に、次のどれがありましたか。 イライラ、神経質、落ち着かない、集中しにくい、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時に、タバコはよくないと分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分かっているのに、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問題が起きていると分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			

5点以上がニコチン依存症と診断されます。