

# 禁煙治療問診票 1

Q1.現在、タバコを吸っていますか？

吸っている 吸わない

Q2.1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日( )本

Q3.タバコの銘柄は何ですか？(ミリ数なども記入ください)

Q4.習慣的にタバコ吸うようになってから、何年間吸っていますか( )才から( )年間

Q5.あなたは禁煙する事にどのくらい関心がありますか？

- 関心がない  
関心があるが、今後6ヵ月以内に禁煙をしようとは考えていない  
関心はないが、家族に言われてしぶしぶ禁煙しようと思っている  
今後6ヵ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.下記の質問を読んであてはまる項目に○印を入れてください

該当しない項目は「いいえ」とお答えください

質問内容		はい	いいえ
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っていましたか？		
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？		
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すか？		
4	禁煙したり本数を減らしたとき、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、ゆううつ、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)		
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すか？		
6	重い病気にかかったとき、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すか？		
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、吸うことがありますか？		
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、吸うことがありますか？		
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？		
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			

Q7.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

\_\_\_\_\_

# 禁煙宣言書

私の禁煙したい理由は、

- 
- 
- 

です

よって

私(氏名) \_\_\_\_\_ は、

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より、禁煙を開始することを宣言いたします。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

私たちは、あなたの禁煙に対し、治療を通してサポートします