

＜ 禁煙治療に関する問診票 ＞

Q 1. ・禁煙をしようと思ったきっかけ（なぜ、禁煙しようと思ったのか。。）※必ず記入

Q 2. 現在タバコを吸いますか？ ☐ 吸う ☐ 吸わない ☐ やめた（ 月 日から禁煙している）

★タバコの種類（ 紙タバコ ・ 加熱式タバコ ）

Q 3. 1日平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本

Q 4. 朝目が覚めて何分以内に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 5. 今までタバコをやめたことはありますか？（禁煙歴）

☐ なし ☐ ある（ 回、最長： 年間 ヶ月 日間）

Q 6. 習慣的に吸い始めたのは？喫煙歴は何年でしょうか？

（ ）歳頃から （ ）年間

Q 7. 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
- ☐ 関心があるが今後6ヶ月以内に禁煙しようとは思っていない
- ☐ 今後6ヶ月以内に禁煙しようと思っている
- ☐ 直ちに禁煙しようと考えている

Q 8. 禁煙することにどの程度自信を持っていますか？ ⇒ （ ）%

「全く自信がない」を0%、「自身がある」を100%として0～100%の数字で記入

Q 9. 同居する家族でタバコを吸っている人はいますか？ ☐ はい（続柄： ） ☐ いいえ

Q10. ＜ スクリーニングテスト：TDS ＞

はい いいえ

★当てはまる項目に ☐ レ チェックを入れて下さい

（1点）（0点）

問1:自分が吸うつもりよりも、多くのタバコを吸ってしまうことがありましたか？		
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時に、タバコが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、次のどれかありましたか？ （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、胃部不快 脈が遅い、手の震え、食欲増加、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、もしくは体調が悪い時に、タバコはよくないとわかっているながら タバコを吸い始めることがありましたか？		
問7:自分に健康問題がおきているとわかっている、タバコを吸うことがありましたか？		
問8:自分に精神的問題が起きているとわかっている、タバコを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？		

TDS（ ）点

Q 1 1. 現在気になる症状（ ）

Q 1 2. 禁煙治療を受けることに同意されますか？ ☐ いいえ ☐ はい（署名： ）

電話番号：（ ）

呼気中一酸化炭素濃度（後ほど検査します）⇒（ ） p p m 最終喫煙（ 時 ）