

禁煙外来問診票

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

禁煙治療を進めるにあたり、以下の質問に回答・記入をお願いします。

問1、 現在、一日に平均して何本くらいタバコを吸いますか？ 一日 ()本

問2、 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間経ちますか？ ()年間

問3、 下記の質問を読んであてはまる項目に✓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 | | はい (1点) | いいえ (0点) |
|-----|---|------------|-------------|
| Q1 | 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？ | | |
| Q2 | 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？ | | |
| Q3 | 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなることがありましたか？ | | |
| Q4 | 禁煙したり本数を減らそうとした時に、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、手のふるえ、食欲増加) | | |
| Q5 | 上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？ | | |
| Q6 | 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？ | | |
| Q7 | タバコのために自分に健康問題がおきていると分かっているのに、吸うことがありましたか？ | | |
| Q8 | タバコのために自分に精神的問題がおきていると分かっているのに、吸うことがありましたか？ | | |
| Q9 | 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？ | | |
| Q10 | 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 | | |

