

# 禁煙治療に関する問診票

治療に必要な情報となりますので、以下の質問にお答えください。

ご記入日 平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
お名前							
連絡先	〒		電話				

現在タバコを吸っていますか？

吸う  吸っていた ( 年前 / ヶ月前 / 日前)

1日に平均して何本タバコを吸いますか？

a: 1日 ( ) 本

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？

b: ( ) 年間

ブリンクマン指数を計算します

a × b = ( )

あなたは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、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない  
 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

下記の質問について、当てはまる項目に「✓」を入れてください。(はい1点、いいえ0点)

1点

0点

問1: 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問2: 禁煙や本数を減らそう試みて、出来なかったことがありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問3: 禁煙したり本数を減らそうとした時に、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなる時がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問4: 禁煙したり本数を減らした時に、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 ・手の震え ・食欲、または体重増加	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問5: 問4で何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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問6: 重い病気にかかった時に、タバコは良くないとわかっているのに吸うことがありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問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、吸うことがありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問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、吸うことがありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
問10: タバコが吸えない様な仕事や、つきあいを避けることが何度ありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

合計

点

禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい  いいえ

記入日 平成 年 月 日

氏名