

禁煙治療に関する問診票

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた（ 年前／ ヶ月前） 吸わない

————— 以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。 —————

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？

1日（ ）本

Q3. 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？

（ ）年間

Q4. 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ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後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

Q5. 下記の質問を読んであてはまる項目にチェックを入れてください。

該当しない項目は「いいえ」とお答えください。

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っていましたか。		
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したか。		
問 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はありませんでしたか。		
問 4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。（イライラ、神経質、落ちつかない、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ときに、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わかっているのに、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。		
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		

ブリンクマン指数：1日の喫煙本数（ ）本 × 喫煙年数（ ）年

喫煙状況に関する問診票

氏 名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Q1. 1日に平均して何本ぐらいのタバコを吸いますか？

(_____ 本)

Q2. 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？

5分以内 6~30分 31~60分 61分以上

Q3. 今までタバコをやめたことがありますか？

ある (_____ 回、最長 _____ 年間 / _____ ヶ月 / _____ 日間)

なし

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃ですか？

(_____ 歳)

Q5. タバコをやめることについてどの程度自身をもっていますか？「全く自信がない」を0%「多いに自信がある」を100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書きください。

(_____ %)

Q6. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

はい (続柄 _____) いいえ

Q7. 現在、気になる症状はありますか？

Q8. 現在、治療中の病気はありますか？