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 Q2～Q4は、Q1で「吸う」と回答した方のみお答え下さい。

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

ブリンクマン指数 ： Q2×Q3＝（　　）

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、直ちに禁煙しようとは思っていない

□ 直ちに禁煙しようと考えている

Q5. 以下の当てはまる項目に✔を入れて下さい。該当しない項目があった場合は「いいえ」とお答え下さい。

№	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うことがありましたか。		
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したか。		
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがありましたか。		
4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。 (イライラする・神経質になる・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・食欲の増加・体重の増加)		
5	№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。		
6	重い病気にかかったときに、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。		
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ても、吸うことがありましたか。		
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ても、吸うことがありましたか。 (この場合は、禁煙時や本数を減らした時に出現する離脱症状のことではなく、喫煙することによって神経質になったり不安や抑うつなどの症状が出現している状態を指します)		
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つきあいを、避けることが何度かありましたか。		
	合　計		

Q6. 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