

禁煙治療に関する問診票

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
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いましたか。		
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すか。		
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。		
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・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)		
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すか。		
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。		
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。		
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。		
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		点

*喫煙年数 1日 () 本 × () 年

*禁煙治療中(3ヶ月間)の車の運転 有・無

*精神科の通院 有・無

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____