

# 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                       吸わない                       やめた（ 年前/ カ月前）

▼以下の質問は、Q1で「吸う」と回答した人のみお答えください。

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カ月以内に禁煙しようとは考えていない  
 今後6カ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 以下の質問を読んで「はい」または「いいえ」に○を入れてください。

設問内容	はい	いいえ
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ったことがありましたか？		
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、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか？		
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？ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                     イライラ、神経質、落つかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈がおそい、手のふるえ、食欲または体重増加                 </div>		
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、タバコは良くないと分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？		

個 ※5以上

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

-----【職員記入欄】-----

★ プリンクマン指数

Q2値                      Q3値  
 ×  =  ※200以上