

禁煙治療に関する問診票

問1. 現在、タバコを吸っていますか。

- 吸っている やめた(年前/ ヶ月前) 吸わない

問2. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか。

- 関心が無い 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

問3. タバコを習慣的に吸うようになってから何年間、吸っていますか、また、1日に平均して何本吸いますか。 【例:(20年間)×(30本)=600】

- ()年間 × ()本 = ()

問4. 下記の質問を読んで当てはまる()の中に、○をして下さい。

- ()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。
()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。
()禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなるときがありましたか。
()禁煙したり本数を減らしたときに、次の症状がありましたか。

〔 イライラ ・ 神経質 ・ 落ち着かない ・ 集中しにくい ・ ゆうつう ・ 頭痛
むかつき ・ 脈が遅い ・ 手のふるえ ・ 食欲または体重増加 〕

- ()上記でうかがった症状を消すために、再びタバコを吸い始めることがありましたか。
()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。
()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。
()タバコのために自分に精神的問題がおきているとわかっているのに、吸うことがありましたか。
()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。
()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。

問5. 禁煙治療を受けることに同意されますか。

- はい いいえ

(保険診療にて禁煙治療を受けるには、次の項目がすべてクリアされる必要があります)

I : 問3の計算の答えが200以上(ブリンクマン指数)

II : 問4の質問項目の内、○が5個以上(TDS)

III : 禁煙治療に同意する

記入日 平成 年 月 日

氏 名