

禁煙治療に関する問診票

ご氏名

様

20230618

喫煙状況について、下記の質問にお答え下さい。
下記のすべての質問について、該当する番号に○をつけ、()内にご記入下さい。

★ ①喫煙歴についてお教え下さい。アイコス、プルームテックなどの加熱式タバコも含みお答えください。
(電子タバコ)

今吸われているタバコの銘柄は ()
主に吸うのは 1. 紙巻タバコ 2. 加熱式タバコ(アイコス・プルームテック等) 3. 紙巻・加熱式両方 4. 他()
初めての喫煙()歳 習慣的な喫煙()歳 喫煙した年数 ()年
現在の1日喫煙本数 平均 ()本
今までに一番多く吸われていた時期は1日何本位吸われていましたか? 1日()本

②同居されているご家族等で喫煙者はおられますか?

1. なし 2. 同居者で喫煙者あり(夫 妻 父 母 娘 息子 兄弟 姉妹 他())

③同居者以外のご家族や、身近な親しい方で喫煙者はおられますか?

1. なし 2. 同居していない家族や親しい方で喫煙者あり(該当する方全てに○をつけてください)
(夫 妻 父 母 娘 息子 兄弟 姉妹 婚約者 親しい友人 同僚 上司 部下 他())

④お勤めの方は、職場の喫煙状況をお教え下さい。

1. 禁煙 2. 分煙(喫煙場所と禁煙場所を分離) 3. どこでも喫煙できる

★ ⑤1年以内に保険で禁煙治療を受けましたか? 1. 受けた 2. 受けていない
禁煙挑戦歴は何回ありますか? ()回

⑥最長禁煙期間は何日ですか? ()日
再喫煙したのは? お酒の席 いらいらした時 その他()

⑦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?

1. 5分以内 2. 6~30分 3. 31~60分 4. 61分以上

★ ⑧あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか?

1. 関心がない 2. 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
3. 今後6ヵ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
4. 今から(直ちに)禁煙しようと考えている

⑨タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか? 「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

()%

⑩自覚症状はありますか?

1. あり (1. せき 2. たん 3. 息切れ 4. その他()) 2. ない

⑪タバコ病のチェックを希望される方は、ご希望の検査に○をつけてください。(いくつでも可)

1. 肺癌の検査(胸部レントゲン検査・胸部CT検査・たんの肺がん検査)
2. 血液検査(喫煙と関係する生活習慣病の検査、糖尿病・高コレステロール血症などのチェック)
3. 血管年齢(動脈硬化検査)
喫煙は血管の老化を早めます。両腕、両足にセンサーをつけ血管の硬さ(血管年齢)とつまりを測定します。
4. その他()
5. 希望しない

⑫今まで心療内科または精神科を受診されたこと、うつ病・うつ状態と言われたことがありますか?

1. ある 2. ない

裏面の質問にもご回答下さい