

禁煙外来問診票

Q1. 1日に平均して何本たばこを吸いますか？ 現在吸っている全てについて記載してください。

紙巻きタバコ 1日 () 本

加熱式タバコ

スティックタイプ {IQOS, グロー, プルーム・エクス, ウイズ, リル など} 1日 () 本

カプセル・ポッドタイプ {グロー・センス など} 1日 () 個

Q2. 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？

紙巻きタバコ () 年間 加熱式タバコ () 年間 うち併用 () 年間

Q3. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいからですか？

() 歳

Q4. 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？

5分以内 5~30分 30~60分 60分以上

Q5. 今までにタバコをやめたことがありますか？

ある (回、 最長 年間/ ヶ月間/ 日間) なし

Q6. タバコをやめることについてどの程度自信がありますか？

「すごく自信がある」を100%として数字でお答えください。 () %

Q7. 同居する方でタバコを吸っている方はいますか？

はい → (続柄) いいえ

・最後に以下の設問に「はい」か「いいえ」にチェックをしてください。

設問内容	はい	いいえ
1. 自分が吸うつもりより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したときに、次のどれかがありましたか？(イライラ, 神経質, 落ち着かない, 集中しにくい, 憂うつ, 頭痛, 眠気, 胃のむかつき, 手の震え)		
5. 設問4の症状を消すために、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付き合いを避けることが何度かありましたか？		

ご協力ありがとうございました。