

【禁煙外来初診時間診票(2)】

喫煙状況や身体状況などを把握するための問診票です。

お名前 _____ 様 ご年齢 _____ 歳 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

A. あなたの喫煙状況をお尋ねします。ご記入下さい。

(1)あなたは、朝目覚めてから何分位で最初のタバコを吸いますか？

a. 5分以内 b. 6～30分 c. 31～60分 d. 61分以後

(2)あなたが映画館や図書館など禁煙と決められている場所にいる時、タバコを吸うのをがまんすることが難しいと感じますか？

a. はい b. いいえ

(3)あなたは1日のなかで、いつ吸うタバコがもっともやめにくいと思いますか？

a. 目覚めの1本 b. それ以外

(4)あなたは1日何本吸いますか？

a. 31本以上 b. 21～30本 c. 11～20本 d. 10本以下

(5)他の時間帯より起床後数時間に多く喫煙しますか？

a. はい b. いいえ

(6)あなたはかぜで1日中寝ているような時にもタバコを吸いますか？

a. はい b. いいえ

(7)あなたがいつも吸っているタバコの銘柄と表示ニコチン量をお教え下さい。

銘柄: _____ ニコチン量: _____ mg

(8)1日以上禁煙した経験はありますか？

a. ある(回) b. ない

(9)最長の禁煙期間はどのくらいですか？

_____ 年、 _____ か月、 _____ 日

(10)これまでに試したことのある禁煙方法は？ (○はいくつでも)

a. ニコチンガム b. 自分で購入したニコチンパッチ c. 処方されたニコチンパッチ
d. チャンピックス錠 e. 禁煙外来 f. その他()

B. 今回の禁煙についてお教え下さい。

(1)あなたにとって、禁煙することはどのくらい重要だと感じますか？ 0～10の中から選んでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

まったく重要でない

非常に重要

(2)禁煙できる自信は0～10でどのくらいありますか？

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

まったく自信なし

非常に自信あり

(3)今回、受診を決意した理由、動機をお聞かせください。

(4)禁煙外来の指導や治療で、希望があればお教えてください。(例:禁煙補助薬の種類)

(5)同居するご家族で喫煙する方はいらっしゃいますか？

a. いる(続柄) b. いない c. 一人暮らし

(6)あなたの禁煙を応援してくれる方はいらっしゃいますか？

a. いる(続柄) b. いない

次に続きます。

C. あなたのタバコに対する意識をお尋ねします。

以下の 10 個の意見について、あなたの気持ちに一番近いものを a~d の中で選んで下さい。

(1) タバコを吸うこと自体が病気である。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(2) 喫煙には文化がある。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(3) タバコは嗜好品(味や刺激を楽しむ品)である。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(4) 喫煙する生活様式も尊重されてよい。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(5) 喫煙によって人生が豊かになる人もいる。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(6) タバコには効用(からだや精神に良い作用)がある。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(7) タバコにはストレスを解消する作用がある。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(8) タバコは喫煙者の頭の働きを高める。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(9) 医者はタバコの害を騒ぎすぎる。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

(10) 灰皿が置かれている場所は、喫煙できる場所である。

a. そう思う b. ややそう思う c. あまりそう思わない d. そう思わない

D. あなたの身体状況などをお尋ねします。

(1) **精神科**あるいは**心療内科**を受診したことがあればお書きください。

病名または症状:	医療機関名:
現在の通院: a. 通院している(1ヶ月に 回) b. 通院していない	
服用薬: a. ある b. ない	
禁煙治療を受けることについて主治医は: a. 了解している b. 了解していない	

(2) 精神科あるいは心療内科の病気**以外**で、現在、治療中の病気があればお書きください。

病名または症状:	医療機関名:
服用薬: a. ある b. ない	

E. 連絡先をお尋ねします。

(1) 連絡が必要になった場合、日中こちらから電話をかけてよい番号をお書きください。

電話番号:	—	—	(携帯、自宅、職場)
-------	---	---	------------

(2) 上記がつかない場合に備え、もう一か所予備の連絡先をお書きください。

電話番号:	—	—	(携帯、自宅、職場)
-------	---	---	------------

(3) 電話にご家族や職場の方が出られたら、名乗ってもよろしいでしょうか？

a. 「禁煙外来の**」と名乗ってよい b. 個人名のみ名乗って欲しい

(4) 追跡調査のために半年後や1年後にご連絡させていただいてもよろしいでしょうか？

a. 上記連絡先でよい b. その他(メール等) c. 連絡不可

質問はここまでです。ありがとうございました。受付にお渡しください。