

## ウェルネスササキクリニック 禁煙外来 問診票

Q1. 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

※Q1 で「吸う」と回答した方は、以下の質問にお答えください。

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

⇒ブリンクマン指数(      )

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

Q5. 下記の質問を読んで、当てはまる回答に「レ」をいれてください。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問 1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸う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、本数を減らしたりしたときに、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？ (イライラ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・ゆううつ・頭痛・眠気・胃のむかつき・脈 が遅い・手のふるえ・食欲または体重の増加)		
問 5. 問 4 であつ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、タバコはよくないとわかっているのに吸うことはありま したか。		
問 7. タバコのために自分に健康問題が起こっ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的問題が起こっ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付き合いを避けることが何度かありましたか。		
上記 TDS テストの結果が 5 点以上でニコチン依存症と診断されます	合計	点

Q6. 禁煙治療(全 12 週間)を受けることに同意されますか？

はい      いいえ

氏名 \_\_\_\_\_  
 記入日 平成      年      月      日