

禁煙治療に関する問診票

下記の質問を読んで、あてはまるものに○をつけましょう。

- | | | | |
|----|--|----|-----|
| 1 | 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っていましたか。 | はい | いいえ |
| 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すか。 | はい | いいえ |
| 3 | 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ことがありましたか。 | はい | いいえ |
| 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、落ちつかない、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、食欲または体重増加) | はい | いいえ |
| 5 | 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。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| 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にもかかわらず、吸うことがありましたか。 | はい | いいえ |
| 8 | タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているにもかかわらず、吸うことがありましたか。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| 10 | 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。 | はい | いいえ |

はい=1点、いいえ=0点
合計