

禁煙状況に関する問診票

フリガナ _____

氏名 _____

記入日 年 月 日

Q1 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 6~30分 31~60分 61分以上

Q2 今までタバコをやめたことがありますか？

ある (回、最長 年間 / カ月間 / 日間)

なし

Q3 Q2で「ある」と答えた方は禁煙補助剤を使用したことがありますか？

ある (いつ頃 / 製剤名)

なし

Q4 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃ですか？

(歳)

Q5 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%の間で当てはまる数字をお書き下さい。

(%)

Q6 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

はい→ (続柄) いいえ

Q7 現在気になる症状はありますか？

Q8 現在、治療中の病気はありますか？

*禁煙治療にあたり、電話連絡は可能ですか？ (可・否)

日中の連絡先 ()