

喫煙状況に関する問診票

令和 年 月 日記入

(禁煙サポート外来用)

ふりがな
氏名 (男性 ・ 女性) 身長: cm
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 体重: kg
住所 〒
職業 (具体的に)
自宅電話番号 () — 携帯番号 () —

1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか?
(本)
2. 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からですか?
(歳)
3. 今までに禁煙にチャレンジしたことはありますか?
ない ある (過去 回、最長 年間 / ヲ月間 / 日間)
4. 現時点で、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%の間であてはまる数字をお書き下さい。
(%)
5. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいらっしゃいますか?
いいえ はい→ (続柄:)
6. 現在、気になる症状はありますか?
ない ある→ (あるの場合、以下にチェックして下さい)
動悸、頭痛、イライラ、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、眠気、
脈が遅い、手のふるえ、胃のむかつき、食欲低下、体重減少、体重増加
その他→ ()
7. 現在、治療中の病気はありますか?
ない ある→ (あるの場合、以下にチェックして下さい)
高血圧、高コレステロール血症、高中性脂肪血症、糖尿病 (境界型含む)、
不整脈、狭心症、心筋梗塞、気管支ぜんそく、脳梗塞、脳出血
その他→ ()
8. 当院での禁煙治療を何でお知りになりましたか?
インターネット、担当医の紹介、知人の紹介、病院の掲示、その他 ()
9. その他、禁煙にあたっての不明な点や不安な点など、何でもお書き下さい。

タバコ依存度評価アンケート

(ファガストローム依存度指数, Fagerstrom Tolerance Questionnaire)

●下記の質問で、合う項目に○をつけて下さい。

質問	0点	1点	2点
①あなたは、朝目覚めてから何分ぐらいで最初のタバコを吸いますか？	30分以後	30分以内	
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？	いいえ	はい	
③あなたは、一日のなかでいつどのようなときに吸うタバコが最もやめにくいと思いますか？	右記以外	朝起きた時の目覚めの1本	
④あなたは、一日何本吸いますか？	15本以下	16～25本	26本以上
⑤あなたは、午後に比べて午前中の方がより多くタバコを吸いますか？	いいえ	はい	
⑥あなたは、感冒（かぜ）や一日中寝ているような時にもタバコを吸いますか？	いいえ	はい	
⑦あなたは、タバコを肺まで吸い込みますか？	吸い込まない	吸い込む	いつも吸い込む
⑧あなたがいつも吸っているタバコに含まれているニコチンの量はどれくらいですか？	0.9mg以下	1.0～1.2mg	1.3mg以上

●タバコ依存度の判定（質問1～8の解答の数字を加算し、合計点数を計算します。）

点

7～11点 高い

4～6点 ふつう

0～3点 低い

中村正和、大島明『明日からタバコがやめられる』法研出版, 1992

喫煙治療に関する確認書

1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸っている 過去に吸っていた（ 年 カ月前に禁煙） 吸わない

以下の質問は、上の質問で「吸っている」と回答した人のみお答え下さい。

2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本

3. 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

4. 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カ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6カ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

5. 下記の質問を読んで「はい」か「いいえ」にチェック（○か✓）を入れてください。

該当しない項目は「いいえ」でお答え下さい。

設問内容	はい	いいえ
問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。		
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)		
問5. 問4でうかがっ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がありましたか。		
問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。		
問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つきあいを避けることが何度かありましたか。		
Tabaco Dependence Screener, TDS 合計点数		

6. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ

氏名 _____

記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ブリンクマン指数 ≥ 200 , TDS ≥ 5