

# 禁煙治療に関する問診票

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

- 吸う       やめた（      年前/      カ月前）       吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

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

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ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない  
 今後6ヵ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、「はい」か「いいえ」に○を記入してください。該当しない項目は「いいえ」に○を記入してください。

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。		
合 計		

## 【健康保険等を適用した禁煙治療対象者の4要件】

- 上記問1～10の質問（スクリーニングテスト）で「はい」と回答した項目が5個（5点）以上ある。  
 ブリンクマン指数が200以上である。  
 1日の喫煙本数（      本）× 喫煙年数（      年）＝（      ）ブリンクマン指数  
 直ちに禁煙することを希望し、禁煙治療を受けることを文書で同意する。  
 初めて禁煙治療を受ける。若しくは前回の禁煙治療（初回診察日）から1年以上経過している。

以上の4要件をすべて満たした方が、健康保険等を適用する禁煙治療対象者となります。

Q6. 健康保険等を適用する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 \_\_\_\_\_ 年      月      日

※ 同意された方は、禁煙外来をご予約ください。

予約をされた方は、予約日当日に必要な事項を記入した本問診票をご持参ください。