

禁煙についての問診表

氏名 _____

日付 ____ / ____ / ____

- 1) あなたは1日何本タバコを吸いますか? 約 _____ 本
2) あなたは何年間タバコを吸っていますか? 約 _____ 年
3) 朝起きて30分以内にタバコを吸いますか? はい・いいえ

- 4) あなたがタバコを吸いたくなるのはどのようなときですか(複数回答可)?
- 起床時 朝食後 運転中 昼食後 昼休み 仕事の合間
 - 持ちちぶさたのとき ストレス時 夕食後 テレビを見ているとき
 - 読書・書き物・考え事 酒の席 就寝前 その他 (_____)

- 5) なぜ今回禁煙しようと思いましたが? (複数回答可)
- 自分の健康のため
 - 家族の健康のため
 - 医者から忠告を受けて
 - 職場が禁煙になったため
 - 家族知人にすすめられて
 - その他 (_____)

- 6) 当院の禁煙治療をどこでお知りになりましたか?
(_____)

- 7) これまでに禁煙を試みたことがありますか? はい・いいえ

※ ここからは7) ではいと答えた方のみお答えください。

- 8) その禁煙はどのくらい続けましたか? _____ (日・週・月・年)

- 9) なぜうまくいかなかったとおもいますか?

-----ここから下は記入しなくて結構です-----

ブリンクマン指数= _____