

## 喫煙状況に関する問診票

氏 名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

Q1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？

( \_\_\_\_\_ 本)

Q2. 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

Q3. 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

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいの頃ですか？

( \_\_\_\_\_ 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%の間であ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？

--