

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？