

# 禁煙外来紹介チェックシート

①喫煙歴 一日の喫煙本数は何本ですか 【 】本  
 習慣的にタバコを吸うようになって何年ですか? 【 】年

② 直ちに禁煙しようと考えていますか? はい ・ いいえ

③下記の設問に対して 「はい」=○を 「いいえ」=× を記入して下さい。		○ ×
問1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くの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、できなかったことはありましたか?	
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、次のどれかの症状がありましたか? イライラ・神経質・落ち着かない・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・食欲や体重の増加	
問5	上記の症状を消すために、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（注）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付き合いを避けることが何度かありましたか?	
(注)禁煙や本数を減らしたときに出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつ等の症状が出現している状態		