

禁煙治療に関する問診票

■下記Q1～Q6の質問にお答えください

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた(年間/ ヶ月前) 吸わない

◀以下の質問には、吸うと回答した人のみお答えください▶

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？

吸っているタバコすべてについて記載してください

紙巻タバコ 1日 ()本

加熱式タバコ

スティックタイプ◀アイコス、グロー、ブルーム・エス、パルズなど▶ 1日 ()本

カプセル・ポッドタイプ◀ブルーム・テック、グロー・センスなど▶ 1日 ()本

Q3. 習慣的にタバコを吸うようになってからは何年間吸っていますか？吸っていたタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ ()年間 加熱式タバコ ()年間 うち併用 ()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ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6ヶ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. 下記のスクリーニングテストに「はい」か「いいえ」で得点をつけて下さい。 ※該当しない場合は「いいえ」0点となります

[医療機関記載欄]

プリンクマン指数

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っていましたか？		
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はありませんでしたか？		
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はありましたか？		
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つきあいを避けることが何度かありましたか？		
合 計			

(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、禁煙することによって神経質になったり不安や抑うつなどの症状が出現している状態をいう。

Q6.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

生年月日 T・S・H 年 月 日

記入日 令和 年 月 日

■結果確認

① Q4の項目【直ちに禁煙しようと考えている】にチェックがありますか？

② Q6の項目について、「はい」にチェックがありますか？

③ Q2(本数)×Q3(年数)が200以上でしたか？(※プリンクマン指数)

(※35歳未満は不要)

(加熱式タバコの喫煙本数の算定は【別紙 加熱式タバコについて】参照してください)

④ 上記スクリーニングテストの得点が5点以上でしたか？