

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？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、プルーム・エス、パルズなど] 1日 () 本

カプセル・ポッドタイプ [プルーム・テック、グロー・センスなど] 1日 () 個

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？

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|