

⑩ 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？
 「まったく自信がない」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ください
 ()%

⑪ 現在気になる症状はありますか

⑫ 現在治療中の病気はありますか

⑬ 下記の質問を読んで当てはまる項目に✓を入れてください。

設問内容		はい 1点	いいえ 0点
問1	自分が吸うよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか		
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、タバコが欲しくて欲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そうとしたときに、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、手の震え、食欲または体重増加)		
問5	上記で伺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時に、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		
合計：		点	

⑭ 禁煙治療を受けることに同意していただけますか。

- はい
 いいえ

以上、ありがとうございました。
 清瀬博濟堂クリニック