

墨田区禁煙医療費補助事業 登録申込時アンケート

* 太枠内をご記入または該当するものに○印を付けてください。 記入日 年 月 日

氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
-----------	--	-------------	-------------------

1 禁煙医療費補助事業について

(1) 本事業を何で知りましたか？ (複数回答可)	1 区報 2 区ホームページ 3 ポスター・チラシ (区施設・医療機関・歯科医院・薬局) 4 周囲のすすめ(家族・知人・医療関係者) 5 その他()
(2) 本事業は禁煙治療を開始または継続するきっかけになりましたか？	1 はい 2 いいえ 3 どちらともいえない

2 禁煙支援マップについて

(1) 「禁煙支援マップ」をご覧になりましたか？ (複数回答可)	1 はい (区施設・医療機関・歯科医院・薬局・ 区ホームページ・その他) 2 いいえ 利用しなかった理由()
(2) (1)で「はい」の方へ 「禁煙支援マップ」は、身近な禁煙外来や禁煙 サポート薬局を知るきっかけになりましたか？	1 はい 2 いいえ 3 どちらともいえない

3 喫煙について (既に禁煙治療を開始している方は、禁煙前の状況をご記入ください)

(1) 喫煙歴 (年)	(2) 一日の喫煙本数 (本)
---------------	-------------------

4 禁煙について

(1) 過去に禁煙を試みたことはありますか？	1 ある(回) 以下の問(2)へ 2 ない
(2) (1)で「ある」の方へ、これまでの禁煙で 禁煙補助薬を使用したことがありますか？ 禁煙外来を受診したことがありますか？ 禁煙サポート薬局で禁煙相談をしたことがあり ますか？ (複数回答可)	1 ある (飲み薬・ニコチンパッチ・ニコチンガム) 2 ない 1 ある 2 ない 1 ある 2 ない
(3) 今回の禁煙について	1 これから禁煙治療を開始する予定 2 禁煙治療を開始している (禁煙外来の場合: 回受診済)
(4) 今回の禁煙方法について	1 禁煙外来を受診 2 薬局薬店で禁煙補助薬を自費で購入 3 まだ決めていない

裏面へ

5 ニコチン依存症スクリーニング (TDS) (当てはまる方を選択してください)

(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うことがありましたか	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
(3) 禁煙したり本数を減らそうとした時に、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	はい	いいえ
(4) 禁煙したり本数を減らしたときに、右記のどれかがあてはまりましたか (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)	はい	いいえ
(5) (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	はい	いいえ
(6) 重い病気にかかったときに、タバコは良くないとわかっているのに吸うことがあり ましたか	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
	合計	点

(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、不安や抑うつなどの症状が出現したりしている状態

6 健康状態について

下記の疾患や状態の中で、現在「治療中」または「要治療」「要経過観察」等と指摘されているものはありますか？ 当てはまるものを選択してください。(複数回答可)

- | |
|--|
| 1 ある (高血圧・高血糖・脂質異常症・肥満・心筋梗塞・脳血管疾患・COPD・がん) |
| 2 ない |