

NO \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ ppm

※太枠のアンケートだけご記入をお願いします。

★ タバコ依存度スクリーニング ★

	1点	0点
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はありませんでしたか。	はい	いいえ
④禁煙したり本数を減らそうとした時に、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、食欲または体重の増加)	はい	いいえ
⑤上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。	はい	いいえ
⑥上の症状を消すために、また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。	はい	いいえ
⑦タバコのために健康問題が起きていることがわかっても吸うことがありましたか。	はい	いいえ
⑧タバコのために精神的問題が起きているとわかっても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
⑪ブリンクマン係数		
喫煙本数                      本/日   ×   喫煙年数                      年   =		



内科・循環器内科  
**港北ハートクリニック**  
横浜市都筑区葛が谷10-3 エムズビル2F

都筑ふれあいの丘駅徒歩1分

**Tel 045-943-5810**

午前9:00~12:00/午後15:00~19:00