

～鷹栖町禁煙外来治療費助成事前届出書～ (別紙)

- 1、 現在、タバコを吸っていますか？  
吸う      やめた      吸わない



以下の質問は吸うと回答した人のみお答えください

- 2、 1日に平均して何本タバコを吸いますか？  
 1日(      )本
- 3、 習慣的にタバコを吸うようになってから何本タバコを吸っていますか？  
 (      )年間

※35歳未満は、2、3の要件なし

- 4、 ただちに禁煙しようと考えていますか  
はい      いいえ

- 5、 下記の質問を読んで、あてはまる項目にレを入れてください。

		はい 1点	いいえ 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はありましたか。		
②	禁煙や本数を減らしてみようと試みて、できなかったことがありましたか。		
②	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がありましたか。		
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、落ちつかない、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)		
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。		
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がありましたか。		
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。		
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。		
⑨	自分はタバコに依存していると感じることはありましたか。		
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		

- 6、 医療機関で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 \_\_\_\_\_  
 記入日 令和 年 月 日