禁煙外来治療費助成事業　登録申請時アンケート

登録者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

記入者：□　登録者本人　□　その他（　　）

ご記入いただいた内容は禁煙のサポートのために使用します。
また、個人を特定しないよう処理した上で統計的に使用します。

100年を生きる。
千葉市

1　禁煙外来治療費助成事業をどこで知りましたか（複数回答可）

□　市政だより　　□　チラシ（入手場所：＿＿＿＿＿＿）　□　郵便による案内
□　千葉市の主催事業　⇒　　妊娠届出・母親＆父親学級・乳幼児健診・その他
□　医療機関からの紹介　　□　海浜幕張駅公衆喫煙所広告　　□　モノレール広告
□　全国健康保険協会千葉支部からの案内
□　千葉市ホームページ（アクセスしたきっかけ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2　喫煙状況について教えてください

喫煙歴　　喫煙開始年齢　＿＿＿＿歳　　喫煙年数　＿＿＿＿年間
現在の喫煙状況　　1日平均　＿＿＿＿本
使用しているたばこの種類　□　紙巻きたばこ（銘柄　＿＿＿＿＿　ニコチン　＿＿＿＿mg）
□　加熱式たばこ（アイコス、プルーム、グローなど）
□　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
朝目覚めてから1本目のたばこを吸うまでの時間
□　5分以内　　□　6～30分　　□　31～60分　　□61分以上

3　禁煙の動機について教えてください（複数回答可）

□　自分自身の健康　　□　妻・パートナーの妊娠　　□　子どもの健康　　□　家族の健康
□　喫煙場所がなくなった　　□　職場の環境　　□　たばこの価格改定
□　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4　今の状況に最も近いものをお選びください

□　もう禁煙を開始した　⇒＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日から　⇒問4－1へ
□　半年以内に禁煙にチャレンジしようと考えている　⇒＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日から　⇒問4－1へ
□　いつかは禁煙をと思うものの、半年以内にチャレンジするつもりはない　⇒問5へ

4－1　医療機関について、今の状況に最も近いものをお選びください

□　既に決まっている　⇒　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　初回受診日＿＿＿＿＿＿＿＿
□　まだ決まっておらず、医療機関を教えてほしい
□　まだ決まっていないが、医療機関は自分で探す

5　禁煙することについて、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（　＿＿＿＿＿%　）

6　今までたばこをやめたことがありますか

□　はい（　＿＿＿回　最長＿＿＿年＿＿＿か月＿＿＿日間）
⇒再喫煙した理由は何ですか？（理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□　いいえ

⇒裏面に続く

7　同居の家族の中で他に喫煙者はいますか？

□　いる（続柄：　夫　・　妻　・　子ども　・　父　・　母　・　その他＿＿＿＿＿＿）
□　いない

8　あてはまるものに☑をつけてください（TDS）
すでに禁煙をはじめた方は、禁煙する前の状態に照らしてお答えください。

1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまうことがある	□
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る	□
3	禁煙や本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがある	□
4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のいずれかの症状がある （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	問4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがある	□
6	重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがある	□
7	たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっていても、吸うことがある	□
8	たばこのために自分に精神的問題（※）が起きているとわかっていても、吸うことがある	□
9	自分はたばこに依存していると感じることがある	□
10	たばこ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る	□

※禁煙や本数を減らした時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、不安や抗うつなどの症状が出現している状態

☑＝1点　合計　　点

9　禁煙するにあたって、今のお気持ちをご記入ください（自由記載）

10　現在、体調はいかがですか
□　良い　　□　悪い（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

11　現在治療中の病気や内服中の薬があれば教えてください

12　連絡が取りやすい時間帯等を教えてください

日中のつながりやすい時間帯	□　いつでも良い	□（　　時 ～　　時）を希望する
つながりやすい曜日	□　月　□　火　□　水　□　木　□　金	
希望する連絡方法	□　電話　□　メール　□　FAX	

※申請後に禁煙サポートのため、電話等でご連絡する場合があります

職員記入欄　□　禁煙サポート　□　台帳（　＿＿＿年度　No.＿＿＿　）