

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 最初に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）

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 市政だより | <input type="checkbox"/> チラシ（入手場所： _____） | <input type="checkbox"/> 郵便による案内 |
| <input type="checkbox"/> 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 | | |
| <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 | <input type="checkbox"/> 千葉市ホームページ | <input type="checkbox"/> モノレール広告 |
| <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会千葉支部からの案内 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 紙巻きたばこ（銘柄 _____ ニコチン _____ mg）		
<input type="checkbox"/> 加熱式たばこ（アイコス、プルームテック、グローなど）		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> 6～30分 <input type="checkbox"/> 31～60分 <input type="checkbox"/> 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）

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自分自身の健康 | <input type="checkbox"/> 妻・パートナーの妊娠 | <input type="checkbox"/> 子どもの健康 | <input type="checkbox"/> 家族の健康 |
| <input type="checkbox"/> 喫煙場所がなくなった | <input type="checkbox"/> 職場の環境 | <input type="checkbox"/> たばこの価格改定 | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | |

4 今の状況に最も近いものをお選びください

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1か月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 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> もう禁煙を開始した ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日から |

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

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> はい（ _____ 回 最長 _____ 年 _____ か月 _____ 日間）
⇒再喫煙した理由は何ですか？（理由： _____ ） |
| <input type="checkbox"/> いいえ |

7 同居の家族の中で他に喫煙者はいますか？

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> いる（続柄： 夫 ・ 妻 ・ 子ども ・ 父 ・ 母 ・ その他 _____ ） |
| <input type="checkbox"/> いない |

⇒裏面に続く

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りましたか	はい	いいえ
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）	はい	いいえ
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りましたか	はい	いいえ
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りましたか	はい	いいえ
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るのに、吸うことがありましたか	はい	いいえ
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るのに、吸うことがありましたか	はい	いいえ
9	自分はたばこ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	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りましたか	はい	いいえ

※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

はい=1点 いいえ=0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

※希望いただいた方法とは別の方法でご連絡する場合があります