

学校名 4年 組 番

(フリガナ)
児童名： _____

【事前質問票】 すべての保護者の方がご記入をお願いします。

10月 日 () までに、全員ご提出ください。

尿中コチニン値測定を希望しますか (1つに✓) ※

₁ 希望します

₂ 希望しません

希望されない理由をお聞かせください。

保護者氏名 : _____

(保護者署名)

※希望の有無に✓がない場合や保護者氏名が未記入の場合は、検査希望無として取り扱います。

同居のご家族で、タバコ※を吸う人がいる場合は設問1～10まで、いない場合は設問1～6まで、あてはまる□に✓を入れてください。

※ここで言う「タバコ」とは、従来の紙巻きタバコ、加熱式タバコ (アイコス、パルス、グロー、プルーム・テック、プルーム・エス等) です。

1 タバコの煙が、子どもの健康に影響すると思いますか (1つに✓)

₃ 思う

₄ 思わない

₅ わからない

2 子どもと一緒に飲食店を利用するとき、どこを利用することが多いですか (1つに✓)

₆ 完全禁煙の店

₇ 喫煙室が設置されている店

₈ 喫煙可能な店 (テラス・屋外席など)

₉ 気にしたことはない

3 子どもにタバコの煙を吸わせないよう、行動できていると思いますか (1つに✓)

₁₀ 思う

₁₁ 少し思う

₁₂ あまり思わない

₁₃ 思わない

(裏面へつづく)

4 加熱式タバコも、紙巻きタバコと同様に有害だと思いますか（1つに✓）

₁₄ 思う

₁₅ 思わない

₁₆ わからない

5 千葉市受動喫煙の防止に関する条例（R2.4.1 施行）には、家庭内で、子どもにタバコの煙を吸わせないように配慮する義務が定められていることを知っていますか（1つに✓）

₁₇ 知っている

₁₈ 知らない

6 同居のご家族でタバコを吸う人は、何人ですか。 いない場合は、0 とご記入ください。

₁₉ 人

7 同居のご家族で、タバコを吸っている人は何を吸っていますか（あてはまるものすべてに✓）

父 → (₂₀ 紙巻きタバコ ₂₁ 加熱式タバコ) を吸っている

母 → (₂₂ 紙巻きタバコ ₂₃ 加熱式タバコ) を吸っている

その他 → (₂₄ 紙巻きタバコ ₂₅ 加熱式タバコ) を吸っている

8 同居のご家族は、家や車のどこでタバコを吸っていますか（あてはまるものすべてに✓）

< 家の中 >

₂₆ 台所

₂₇ 換気扇の下

₂₈ 居間

₂₉ 寝室

₃₀ トイレ

₃₁ その他の空間

< 家の外 >

₃₂ ベランダ・庭

₃₃ 車の中

₃₄ 職場など

9 ご家庭内で1日に吸うタバコの本数を教えてください

（2人以上いる場合は、おおよその合計本数を✓）

紙巻きタバコ

₃₅ 5本未満

₃₆ 5～10本

₃₇ 10～15本

₃₈ 15～20本

₃₉ 21本以上

加熱式タバコ

₄₀ 5本未満

₄₁ 5～10本

₄₂ 10～15本

₄₃ 15～20本

₄₄ 21本以上

10 禁煙について考えたことはありますか

₄₅ 今すぐ（1か月以内に）禁煙したい

₄₆ いずれ禁煙したい

₄₇ 禁煙するつもりはない

以上で、質問は終了です。ご協力ありがとうございました。