

禁煙相談票

相談日 H 年 月 日

- 一回の相談で禁煙が成功することは少なく、普通は継続してのサポートが必要です。そのため私たちは、あなたの禁煙が成功するまで、薬剤師による親身で継続的なサポートを提供します。連絡先を記入していただいた方には、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後そして1年後まで、禁煙状況をお伺いして相談に乗るサポートやインターネットによる禁煙マラソンを提供します(無料)。
- 1年後までサポートを受け、禁煙できている方には、「禁煙成功おめでとうカード」をお送りします。また万が一禁煙できなかった場合にも、禁煙のパフレットをお送りします。そのためにも住所や電話番号は正確にお書きください。
- いただいた情報は目的外に使用することはありません。

お名前 (男・女)		年 月 日 生まれ	歳	お仕事 (職種)	
喫煙年数 年	1日の喫煙本数 本	過去の禁煙回数 パッチの使用 ガムの使用	回 有・無 有・無	同居する家族の喫煙 あり・なし	
住所			電話番号		
メールアドレス					
禁煙マラソンへの登録を希望しますか (無料) はい・いいえ					
※禁煙マラソンは、毎日届く学習メールと禁煙者同士が掲示板を使ってお互いに励ましあい、先輩のアドバイスを受けながら長期にわたる支援を受けることの出来るプログラムです。長期禁煙継続の大きな力になってくれるでしょう。メールアドレスをお持ちの方はぜひとも登録ください。					
なぜ、禁煙しようと思いましたか？					

あてはまるものに○をつけてください。禁煙中の方は、喫煙していたときの状況をお答えください

		0点	1点	2点	3点
1	起床後何分でタバコが吸いたくなりますか？	61分以上	31-60分	6-30分	5分以内
2	一日喫煙本数は何本ですか？	10本以下	11-20本	21-30本	31本以上
3	タバコが吸いたくて禁煙場所を避けたことがありますか。	いいえ	はい		
4	午前中に立て続けにタバコを吸ってしまう傾向はありますか？	いいえ	はい		
5	風邪をひいてタバコを吸うのが辛いときでも吸ってしまいますか？	いいえ	はい		
6	禁煙場所から喫煙可能な場所に行ったらすぐにタバコを吸ってしまいそうですか？	いいえ	はい		

計 点

いつごろから禁煙しようと思いますか？

- () 1ヶ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
- () 半年以内くらいに禁煙にチャレンジしようと考えている。
- () いつかは禁煙をと思うものの、まだ禁煙にチャレンジするつもりはない。
- () もう禁煙を開始した。 → ____年__月__日から禁煙開始した。

<スタッフ記入欄>呼気中CO濃度 (測定器があれば記入)	ppm
受診結果・指導内容	
禁煙支援薬剤師氏名	