

การตรวจการกระทำการสูบบุหรี่

ชื่อผู้ที่ตรวจ

โปรดทำเครื่องหมาย “v” ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ตลอดชีวิต ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ หรือผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเดียว ไม่ต้องการอก

1. ท่านที่แผนการที่เลิกสูบบุหรี่ภายใน 1เดือนไหม
- ☐ ① มีแผนการที่เลิกบุหรี่ภายใน 1เดือน

☐ ② มีแผนการที่เลิกบุหรี่ภายใน 6เดือน

☐ ③ ไม่ใช่ภายใน 6เดือนนี้ แต่มีแผนการที่จะเลิก

☐ ④ ไม่มีแผนการที่เลิก
2. ถ้าท่านเลิกบุหรี่ในวันนี้ ท่านตั้งใจเลิกได้มากแค่ไหน (0-7)
- ☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7
- (ไม่ได้เลย)

(ได้แน่นอน)
3. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นตอนเช้ากี่นาที่
- ☐ ภายใน 5นาที่ (3คะแนน)

☐ 6-30 นาที่ (2คะแนน)

☐ 31-60นาที่ (1คะแนน)

☐ หลัง 60นาที่ (0คะแนน)
4. ท่านสามารถอดทนไม่สูบบุหรี่ที่เขตงคบุหรี่ไหม เช่น โปสท์ โรงภาพยนตร์ ห้องสมุด
- ☐ ใช่ (1คะแนน)

☐ ไม่ใช่ (0คะแนน)
5. ช่วงเวลาไหนที่ท่านอยากสูบบุหรี่จนทนไม่ได้
- ☐ สิบหลังตื่นนอน (1คะแนน)

☐ อื่น(0คะแนน)
6. วันหนึ่งสูบบุหรี่เท่าไร
- ☐ ต่ำกว่า10 มวน (0คะแนน)

☐ 11-20 มวน (1คะแนน)

☐ 21-30 มวน (2คะแนน)

☐ มากกว่า 31 มวน (3คะแนน)
7. การสูบบุหรี่หลังตื่นก็ชั่วโมงแรก สิบมากกว่าช่วงเวลาอื่นไหม
- ☐ ใช่ (1คะแนน)

☐ ไม่ใช่ (0คะแนน)
8. ถ้าท่านเจ็บปวดมากจนไม่สามารถลุกขึ้นได้ ต้องนอนทั้งวัน ท่านจะลุกขึ้นสูบบุหรี่ไหม
- ☐ ใช่ (1คะแนน)

☐ ไม่ใช่ (0คะแนน)

รวม	
-----	--