

喫煙経験

問診日

ご本人	ご主人
<input type="checkbox"/> ありません	<input type="checkbox"/> ありません
<input type="checkbox"/> 過去 歳～ 歳 本/日・時々	<input type="checkbox"/> 過去 歳～ 歳 本/日・時々
<input type="checkbox"/> 現在 本/日・時々	<input type="checkbox"/> 現在 本/日・時々
↓	↓
確認日	確認日
◇やめた(いつ)	◇やめた(いつ)
◇継続中	◇継続中