

禁煙治療に関する問診票

1.下記の質問を読んで、はい/いいえ に○を入れてください。

《タバコ依存症スクリーニングテスト (TDSテスト)》 お名前 ()

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。		
問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すか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコ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。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。 ・イライラ ・神経質 ・落ち着かない ・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		
問5. 問4 でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、タバコ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。		
問7. タバコ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。		
問8. タバコ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。		
問9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
問10. タバコ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。		
合計		点

2.1日の平均喫煙数と喫煙年数を記入してください。

※5点以上で保険診療です。(必須)

1日の喫煙本数 () 本 × 喫煙年数 () 年 = () 《ブリンクマン指数》

※200以上で保険診療です。(35歳以上対象)

3.過去に健康保険を使用して禁煙治療を受けたことはありますか？

いいえ はい (使用薬剤: 治療時期: 年 月)

※はい の場合は前回治療終了から1年以上経過していることが必須です。

(注意) 診察後に前回治療終了から1年以上経過していないと判明した場合は、禁煙治療を全て自費診療に切り替えます。

4.禁煙期間中に、車や機械を操作することはありますか？

いいえ はい (1日 時間 / 車・その他の機械)

※はい の場合は内服薬による治療はできません。(必須)

以下は診察時にご記入いただきます

禁煙宣言書

●あなたは直ちに禁煙しようと考えていますか？

はい いいえ

※いいえ の場合は保険診療が受けられません。

●禁煙治療を受けることに同意されますか？

※禁煙治療は12週間で5回通院のプログラムとなっています。スケジュールどおりに来院できない場合、

保険診療での治療は中断となり、以降の治療は自費診療とさせていただきます。

再度保険適用になるには、初回日から1年経過する必要があるのあらかじめご了承ください。

はい いいえ

●私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果をも十分に理解した上で、

() 月 () 日より禁煙することを宣言します。

患者氏名

担当医

記入日

/ /