

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うことがありましたか。		
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したか。		
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はありませんでしたか。		
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 ・落ちつかない ・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。

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

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 _____)

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: _____)

以下は診察時にご記入いただきます

●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

●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、初回目から 1 年経過する必要がありますので予めご了承ください。

はい いいえ

署名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日