

**ニコチン依存症管理料（保険適用）質問表**

質問（1）下線部に数字を記入ください。

$$\underline{\hspace{2cm}} \text{本} \quad \times \quad \underline{\hspace{2cm}} \text{年} \quad =$$

（一日喫煙本数）                      （喫煙した年数）

ブリンクマン指数

質問（2）1ヶ月以内に禁煙を開始するつもりはありますか？

はい ・ いいえ

質問（3）今後3ヶ月間にあと4回、診察を受けに来院できますか？  
（2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後）

はい ・ いいえ

質問（4）下記の質問を読んで、あてはまるものに○をつけましょう。

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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなることがありましたか。	はい	いいえ
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）	はい	いいえ
5	問4の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ

はい=1点、 いいえ=0点

TDS合計

点

-----以下にはまだ記入しないでください-----

私は禁煙治療に同意し、以後4回にわたる診察を受診します。

患者氏名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

支援者 \_\_\_\_\_