

喫煙状況確認票

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日

(歳)

記入日 令和 年 月 日

■下記Q1～Q4の質問にお答えください

Q1. ただちに禁煙治療を行いたいですか？

 はい いいえ

Q2. 直近1年間で禁煙治療を受けたことがない

 はい いいえ

Q3. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？

()本

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいの頃ですか？また本日まで何年間ですか？

(歳) (年間)

[医療機関記載欄]

ブリンクマン指数

■下記のスクリーニングテストに「はい」か「いいえ」で得点をつけて下さい。 ※該当しない場合は「いいえ」0点となります

<ニコチン依存症のスクリーニングテスト【TDS】>

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できましたか？		
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はありましたか？		
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、吸うことができましたか？		
問8	タバコのために自分に精神的問題(注)が起きているとわかっているのに、吸うことができましたか？		
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

(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、禁煙することによって神経質になったり不安や抑うつなどの症状が出現している状態をいう。

■結果確認

① Q1とQ2の項目について、両方とも「はい」にチェックがありますか？

② Q3(本数)×Q4(年数)が200以上でしたか？

(※35歳未満は不要)

③ 上記スクリーニングテストの得点が5点以上でしたか？

①～③までの全てに該当がある場合保険診療となります。来院時に必ず受付へ提出してください。