

保険使用による禁煙治療に関する問診

★下記の質問で全て赤字に当てはまる方が保険適用となります。

Q1. 現在入院中ですか？

はい（入院中している）

いいえ（入院していない）

Q2. 過去1年間に保険適用による禁煙治療を受けたことがありますか？

はい（受診経験あり）

いいえ（受診経験なし）

Q3. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？

1日（ ）本

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？

（ ）年間

（※保険適応基準…35歳以上の場合、プリクマン指数200以上である。）



※プリクマン指数 1日の喫煙本数（ ）本 × （ ）年間 = （ ）

Q5. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

関心がない

関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない

今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない

直ちに禁煙しようと考えている

Q6. 下記の質問を読んで当てはまる項目に・を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

（TDSによるニコチン依存症診断）

（※保険適応基準…10点満点中5点以上である。）

| 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 ことがありますか。 | | |
| 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 |

Q7. 禁煙治療の説明を聞き、禁煙治療同意書に記入しますか？

はい (記入します)

いいえ (記入しません)