

# 禁煙治療に関する問診票①

## ①ニコチン依存症に係る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にもかかわらず、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(注)が起きているとわかっているにもかかわらず、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。		
<u>合計が5点以上</u> ☞		合計	

② 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本  
習慣的にタバコを吸うようになってから何年間吸っていますか？（ ）年間

上記の喫煙本数と喫煙年数をかけた数字はいくらですか？（ ）☞ (この値が200以上)

③直ちに禁煙したいと考え、約3ヶ月間に計5回の禁煙支援を受けることに同意されますか？  
はい いいえ

氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

①②③すべてに当てはまれば保険適応で禁煙サポートが受けられます。

毎週火曜日 午後より完全予約制

⇒お問合せ ☎ 082-243-9191 (平日の午後ご連絡ください)

土谷総合病院 心臓血管センター内 禁煙外来