

禁煙外来 チェックシート

保険診療で禁煙治療を受けられるか確認してみましょう！

TDS：ニコチン依存度テスト		はい (1点)	いいえ (1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	禁煙や本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがありましたか？		
問4	禁煙や本数を減らそうとしたときに、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、手の震え、食欲増加、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分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付き合いを避けることが何度かありましたか？		
合計			

合計点数が5点以上

はい

いいえ

1日の喫煙本数 喫煙年数
 () 本 × () 年 = _____
ブリンクマン指数が「200」以上
 ※35歳以下の方は指数に関わらず [はい] へ

いいえ

保険診療対象外
自費治療は可能

はい

初めて禁煙治療を受ける
 または
**前回の保険診療による禁煙外来の
 初回目より1年以上経過している**

はい

保険診療対象

当院の禁煙外来は予約制です。
 まずはお問い合わせください。

