

ニコチン依存症管理料（保険適用）質問表

お名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

質問 (1) 下線部に数字を記入ください。

_____ 本 × _____ 年 =
(一日喫煙本数) (喫煙した年数)

プリンクマン指数

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？

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、ずっと多くの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、できなかったことはありますか。	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)	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にもかかわらず、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にもかかわらず、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はありましたか。	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

5点以上

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 -----

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙を効果を十分に理解した上で禁煙することを宣言します。

患者氏名 _____

担当医 _____

私は禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。 支援者 _____