

禁煙治療外来チェックシート

年 月 日

氏名

(男・女)

■ニコチン依存症スクリーニングテスト

(患者様記入欄)以下の質問に当てはまる欄に○をしてください。

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又、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時に、タバコはよくないとわかっているのに吸う事がありましたか		
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、吸う事がありましたか		
問8	タバコのために自分に精神的(注1)問題がおきているとわかっているにもかかわらず、吸う事がありましたか。		
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。		
(注1)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		合 計	

■ブリンクマン指数 (200以上)

1日喫煙本数 × 喫煙年数 ブリンクマン指数

崎元病院 禁煙外来 問診担当者記入欄

■問診・診察項目

担当医

- 1)直ちに禁煙しようと考えていること
 2)TDSによりニコチン依存症と診断(TDS5点以上)されていること
 3)ブリンクマン指数が200以上であること
 4)禁煙治療を受けることを文書により同意していること

■禁煙治療を受けることに同意いたしますか

(はい・いいえ)