

**ニコチン依存症管理料(保険適用)質問票**

患者氏名 \_\_\_\_\_

①下線部に数字を記入ください。

ブリンクマン指数

\_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年 =   
 (一日喫煙本数) (喫煙した年数)

②1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

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  
(2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月)

はい・いいえ

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。

はい=1点    いいえ=0点

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。	はい	いいえ
2	禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。	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)	はい	いいえ
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。	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
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。	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がありましたか。	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

(※注)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、喫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。

TDS合計  点