

禁煙外来セルフチェックシート



- 禁煙治療を保険診療で受診する場合、以下の条件を満たしている事が必要となります。
- 禁煙外来を受診希望の方は、以下のテストと指数計算を実施していただき、診察日に当院までお越しください。

●禁煙外来実施日●

毎週木曜日を除く、外来実施日に実施しています。

■ニコチン依存症管理料算定の対象患者

TDS:Tabacco Dependence Screener5点以上

	はい (1点)	いいえ (0点)
1 自分が吸うよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまう事がありましたか。		
2 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかった事がありましたか。		
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。		
4 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のいずれかの症状がありましたか。 (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)		
5 上の症状を消すために、またタバコを吸い始める事がありましたか。		
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事がありましたか。		
7 タバコのために自分に健康問題が起きていると分かっているのに、吸う事がありましたか。		
8 タバコのために自分に精神問題※1 が起きていると分かっているのに吸う事がありましたか。		
9 自分はタバコに依存していると感じる事がありましたか。		
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。		
	合計	

※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、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。

ブリンクマン指数

喫煙本数/日

喫煙年数

×

=

.....200以上

直ちに禁煙することを希望し、禁煙治療を受けることを同意します。

年 月 日 患者氏名:

初めて禁煙治療を受ける、もしくは前回の禁煙治療から1年経過※2

※2 ニコチン依存症管理料の初回算定日より1年経過