

禁煙外来

千和クリニック

TDS: Tabacco Dependence Screener ニコチン依存症のスクリーニングテスト
TDSが5点以下であること。

	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時に、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。		
4 禁煙したり本数を減らそうとした時に、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、憂鬱、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)		
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 重い病気に罹った時に、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。		
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ことがありましたか。		
10 タバコが吸えないような仕事や付き合いを避ける事が何度かありましたか。		

ブリンクマン指数 200以上 (35歳以上の方)

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文書で同意
(禁煙治療のスケジュール…初回、2、4、8、12週目に来院可能)

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

上記条件を満たし、ご理解の上、禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ

氏名

記入日 年 月 日