

スクリーニングテスト：TDS（Tobacco Dependence Screener）

保険適応となる対象患者選定のためのニコチン依存症のスクリーニングテスト

下記の質問を読んであてはまる場合には「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」に☑を入れてください。5個以上あてはまればニコチン依存症です。

質問	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っていたことがありますか。		
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すか。		
3. 禁煙したり、本数を減らそうとしたときに、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、憂うつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、食欲増加または体重増加)		
5. 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。		
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ことがありましたか。		
7. タバコのために、自分に健康問題が起きているとわかっているにもかかわらず、吸うことがありましたか。		
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。		
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つき合いを避けることが何度かありましたか。		
合計		点

禁煙治療参加同意サイン欄

私は直ちに禁煙することを希望し「禁煙治療のための標準手順書」に則った（全12週間、計5回）に参加することに同意いたします。

西暦 年 月 日 氏名

たかひろ耳鼻咽喉科医院 医師