

禁煙外来を受診された患者様へ

山陽小野田市民病院

受診日 年 月 日

氏名 生年月日 年齢 性別

(1) ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト (TDS)

	設 問 内 容	はい	いいえ
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っていましたか。		
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)		
問5	上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
問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。		
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のに、吸うことがありましたか。		
問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のに、吸うことがありましたか。 ※ 禁煙や本数を減らしたとき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。		
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つきあいを避けることが何度かありましたか。		

(2) 一日の喫煙本数 () 本 × 喫煙年数 () 年

(3) 禁煙治療にかかる説明を受け、禁煙治療を受けることに同意します

年 月 日

住所

氏名