

## 禁煙治療費用助成事業対象チェックリスト

本事業の対象となる条件として、「禁煙治療を受ける場合の健康保険の適用要件を満たしていること」があります。

保険適用の要件を満たしていないと本市からの助成を受けることができませんので、要件に該当するかご確認ください。

◎該当する場合は、チェック欄に✓を記入してください。

	項 目	チェック欄
①	禁煙治療を希望していること	<input type="checkbox"/>
②	ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）が5点以上であること （裏面のスクリーニングテストを行ってください）	<input type="checkbox"/>
③	ブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙年数）が200以上であること	<input type="checkbox"/>

（注1）この他の要件として「禁煙治療を受けることについて文書で合意していること」がありますが、医療機関との合意文書となるため、このチェックリストからは除外しています。

（注2）このチェックリストは、本市の事業の対象となるかを確認するためのものです。ニコチン依存症の最終的な判断は、医師が行います。

上記内容を確認しました。

年 月 日

申請者： \_\_\_\_\_

## TDS:ニコチン依存症スクリーニングテスト

	設 問 内 容	はい (1点)	いいえ (0点)
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すか？		
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	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？		
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にもかかわらず、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にもかかわらず、吸うことがありましたか？		
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避けることが何度かありましたか？		
	合 計		

※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

(参考：厚生労働省テキスト教材)

★5点以上なら表面チェックリストの②に、チェックをしてください。