

# 禁煙治療前アンケート



氏名 ( )

このアンケートは、禁煙治療を開始する前の喫煙状況などを伺うものです。同時に、質問に答えて頂きながら健康保険の適用に必要な条件を確認して頂けます。アンケートの結果をもとに、ご本人に連絡をさせて頂く場合があります。アンケートの内容は本事業以外に使用することはありません。

質問1 保険適用による禁煙治療を受けられる条件（下記）を知っていますか。

1. ただちに禁煙することを希望されている方。
2. 35歳以上の場合、ブリンクマン指数（＝1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上の方。
3. 「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、治療を受けることを文書により同意された方。
4. ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）で5点以上の方
5. 過去に保険適用の禁煙治療を開始した日から1年以上経過している方。

全て知っていた       いくつか知っていた       知らなかった

質問2 未成年の頃にたばこを吸った事がありましたか。

はい (      歳頃)       いいえ

質問3 タバコを吸うようになったきっかけは何ですか？

( )

質問4 1日に平均して何本タバコを吸いますか？吸っているタバコすべて記入してください。

紙巻タバコ 1日 ( ) 本

加熱式タバコ スティックタイプ[アイコス、グロー、ブルーム・エス、パルスなど] 1日 ( ) 本

カプセル・ポッドタイプ[ブルーム・テック、グロー・センスなど] 1日 ( ) 本

質問5 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか。

吸っていたタバコすべてについて記入してください。

紙巻タバコ ( ) 年間

加熱式タバコ スティックタイプ ( ) 年間      ポッドタイプ ( ) 年間

紙巻タバコ・加熱式タバコ併用 ( ) 年間

質問6 ブリンクマン指数は200を超えていますか。  はい       いいえ       分からない

参考：ブリンクマン指数の計算方法

1日の喫煙本数 × 喫煙年数 = ブリンクマン指数

本 ×  年 =

※紙巻タバコの換算：加熱式スティックタイプ1本＝紙巻タバコ1本

加熱式ポッドタイプ1箱＝紙巻タバコ1箱

質問7 ニコチン依存症スクリーニングテスト（TDS）に答えて結果を計算してみましょう。

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うことがありましたか。		
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時に、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることはありませんでしたか。		
問4.禁煙したり本数を減ら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、手の震え、食欲や体重増加)		
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事がありましたか。		
問6.重い病気にかかった時に、タバコは良くないと分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分かっているのに、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分かっているのに、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付き合いを避けることが何度かありましたか。		
“5点以上であること”が保険適用の条件に含まれています。	合計	点

質問8 過去に禁煙したことがある方にお伺いします。最長どれくらい禁煙できましたか。

最長( 年間/ カ月/ 日間)

質問9 今回の禁煙の動機について当てはまるものに○をつけてください。複数回答可。

- ・自分の将来の健康のため
- ・自分が病気になった
- ・身近な方が病気になった
- ・お金がかかる
- ・結婚
- ・パートナーの妊娠
- ・子どもが産まれた
- ・周囲のため
- ・( )にやめるよう言われた
- ・医療費の補助
- ・主治医に勧められた
- ・その他( )

質問10 同居する家族でタバコを吸っている人はいますか。 □はい(続柄: ) □いない

質問11 タバコをやめることについて、どの程度自信がありますか。

0% (全く自信はない) から 100% (大いに自信がある) のうち何%ですか  
( )%

ありがとうございました。

このアンケートは「様式第1号 禁煙治療開始宣言書」と  
「健康保険証の写し」と一緒に提出してください。

