

# 公的医療保険で禁煙外来を受診できるチェックリスト

氏名 \_\_\_\_\_

長久手市

以下の全てに該当することが必要です。

◎1年以内に公的医療保険での禁煙外来治療を受けていない。

◎年齢…  歳

◎今すぐ禁煙したい意思がある・・・ はい ・ いいえ (本人の意思確認…済み・未)

◎喫煙状況

1日の平均喫煙本数  本 × これまでの喫煙年数  年 =

該当: 200以上

## ◆◆アンケート◆◆

各質問に「はい」「いいえ」を選択してください。

\* 「はい」の数が5つ以上の方が該当

		はい (1点)	いいえ (0点)
Q1	自分が吸うつもりよりも、多くタバコを吸ってしまっていましたか		
Q2	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。		
Q3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが吸いたくてたまらなくなることはありませんでしたか。		
Q4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次の症状がありましたか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・イライラ</li> <li>・神経質</li> <li>・落ち着かない</li> <li>・集中しにくい</li> <li>・憂うつ</li> <li>・頭痛</li> <li>・眠気</li> <li>・胃のむかつき</li> <li>・脈が遅い</li> <li>・手の震え</li> <li>・食欲または体重増加</li> </ul>		
Q5	上記の症状を抑えられず、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
Q6	重い病気にかかった時、タバコはよくない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。		
Q7	自分の健康問題は、タバコが原因で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。		
Q8	自分の精神問題※は、タバコが原因で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。 <small>※禁煙や本数を減らしたときにみられる禁断症状ではなく、禁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見られる状態</small>		
Q9	自分がタバコに依存していると感じることがありましたか。		
Q10	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。		

合計  点

該当: 5点以上