

健康保険で禁煙治療を受けるためには、以下のことが必要です。

まず、太枠内をご記入ください。

質問内容	はい	いいえ
☆ 1ヶ月以内に禁煙を始めたいと思っている。		
☆ 妊娠中、授乳中である。		
☆ 自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に従事している。 (バス・トラックの運転手・クレーンなど重機の運転に携わるような仕事)		
☆ 精神科疾患で治療中、または通院中である。 はいと答えられた方は主治医の承諾は得ていますか？		
☆ 腎機能障害がある、または透析をおこなっている。 はいと答えられた方は主治医の承諾は得ていますか？		
☆ 健康保険での禁煙治療は初めてである。 いいえと答えられた方は前回の治療の初回診療日から1年以上経過していますか？		

☆ 1日の平均喫煙本数 × 喫煙年数 = 200以上
 本 × 年 = 看護師記入 (ブリンクマン指数)

ニコチン依存症を診断するテストで 5点以上

質問内容	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うことがありましたか？		
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したか？		
③ 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなる事が ありましたか？		
④ 禁煙して本数を減らした時に、次のどれかありましたか？ イライラ 眠気 神経質 胃のむかつき 落ち着かない 脈が遅い 集中しにくい 手のふるえ ゆううつ 食欲または体重増加 頭痛		
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？		
⑤ 重い病気にかかった時に、タバコは良くないとわ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のに、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分かっているのに、吸うことが ありましたか？ 離脱症状(禁断症状)ではなく、喫煙することで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		
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あいを避けることが何度かありましたか？		
	合計	点

☆ 禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい 平成 年 月 日

氏名 _____