

# ニコチン依存症スクリーニングテスト

下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

質問内容		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ときに、タバコがほしくてほ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ときに、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、脈が速い、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を避けることが何度かありましたか？		
合計			

現在タバコは、1日に何本吸っていますか？ \_\_\_\_\_ 本

タバコを吸い始めて、何年になりますか？ \_\_\_\_\_ 年

禁煙理由 ○をつけてください。

- ・ 自分の健康
- ・ 家族の健康
- ・ 自分自身の健康
- ・ 医師に言われて
- ・ 家族に言われて
- ・ 職場等が禁煙になったから
- ・ 値上がりしたから

その他理由がありましたら、その理由をお書きください。

私は禁煙治療の説明を受け、治療を受けることに同意します。署名 \_\_\_\_\_