

## 禁煙外来問診表

|    |                    |
|----|--------------------|
| 氏名 | 記入日      年   月   日 |
|----|--------------------|

現在、タバコをすってますか？

- 1、吸っている    2、やめた(    年   ヶ月)    3、吸っていない  
 1日に平均して何本タバコを吸いますか      1日平均    本

習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳くらいですか？      (    歳)

禁煙することにどのくらい関心がありますか？

- 関心がない  
 関心はあるが、今後6ヶ月以内に禁煙しようと考えている  
 今後6ヶ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない。  
 直ちに禁煙しようと考えている

ニコチン依存症の診断問診にお答えください。

TDS(Tobacco Dependence Screener)は、WHOの「国際疾病分類第10版」(ICD-10)やアメリカ精神医学会の「精神疾患の分類と診断の手引き」の改訂第3版および第4版(DSM-IV-R、DSM-5)に準拠して、精神医学的な見地からニコチン依存症を診断することを目的として開発されたものです。

|  | 1点 | 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。   | はい | いいえ |
| 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。  | はい | いいえ |
| 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。  | はい | いいえ |
| 4. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、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) | はい | いいえ |
| 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。  | はい | いいえ |
| 6. 重い病気にかかって、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。   | はい | いいえ |
| 7. タバコのために健康問題が起きていることがわかっているのに吸うことがありましたか。  | はい | いいえ |
| 8. タバコのために精神的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。   | はい | いいえ |
| 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。   | はい | いいえ |
| 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。  | はい | いいえ |