

多摩市禁煙治療費助成金交付登録申請時アンケート

* 太枠内を記入、または当てはまるものに○をしてください 記入日 年 月 日

氏名(性別)	(男・女)	生年月日(年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
---------------	-------	-----------------	-----------------------

1 禁煙治療助成金交付事業について

(1) 本事業は 禁煙治療開始前の登録 が必要です。治療開始前ですか。	1 はい	2 いいえ
(2) 本事業を何で知りましたか(複数回答可)	1 たま広報 2 市ホームページ 3 ポスター・チラシ(市施設・医療機関・薬局) 4 医療関係者のすすめ 5 家族や知人のすすめ 6 その他 ()	
(3) 本事業は禁煙治療を開始するきっかけになりましたか	1 はい	2 いいえ 3 どちらともいえない

2 禁煙について

(1) 過去に禁煙に取り組んだことはありますか	1 ある () 回	2 ない
(2) (1)で「1ある」の方はご記入ください		
①医療機関の禁煙外来で治療を受けたことがありますか	1 ある	2 ない
②市販の禁煙補助薬を使用したことがありますか	1 ある	2 ない

3 健康状態について

下記の疾患や状態の中で、現在「治療中」「要治療」「要経過観察」等と指摘されているものはありますか

1 ある	【高血圧・高血糖・脂質異常症・心筋梗塞・脳血管疾患・がん・慢性閉塞性肺疾患(COPD)】	
2 ない		※疾患名に○を・複数回答可

この助成金の交付対象となる禁煙治療費について ご確認ください

助成金の交付対象となる「保険適用の禁煙治療」を受けるためには、下の①～⑤の要件を満たす必要があります。

【保険適用の禁煙治療を受けるための要件】

- ①TDSニコチン依存度テスト5点以上(下記テスト参照) ②35歳以上の方は【1日の喫煙本数×これまでの喫煙年数】が200以上
- ③ただちに禁煙を始めたいと思っている ④禁煙治療を受けることを文書で同意する
- ⑤過去に禁煙治療を受けた場合、前回治療の初診日から1年経過している

治療の可否は医療機関が判断しますが、次の4、5の質問へお答えいただき、該当することをご確認の上お申し込みください。



4 これまでの喫煙状況について

(1) 喫煙歴 (年)	(2) 一日の喫煙本数 (本)
---------------------	-------------------------

5 TDSニコチン依存度テスト(当てはまるほうへ○をつけてください)

	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したときに、次のどれかがあてはまりましたか (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、食欲または体重増加)	はい	いいえ
(5) (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	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
(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	はい	いいえ
(8)タバコのために自分に精神的問題(※注)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

(※注) 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抗うつなどの症状が出現している状態。

合計	点
-----------	----------