

保険適用となる対象患者選定のためのニコチン依存症のスクリーニングテスト(TDS)

設問		はい 1点	いいえ 0点
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いましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなることがありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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・憂鬱・頭痛・眠気・胃のムカつき・脈が遅い・手のふるえ・食欲または体重増加）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 6	重い病気にかかったときは、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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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のに吸うことがありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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のに吸うことがありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 5 点以上は、ニコチン依存症