

中野区禁煙外来治療費助成事業 登録申請時確認書

※太枠内にご記入、または当てはまるものに○をして下さい

		記入日	年	月	日
氏名		生年月日(年齢)	年	月	日 (歳)

1 当事業について

当事業を何で知りましたか？ (複数回答可)	① 区報 ② 区ホームページ ③ 医療関係者のすすめ ④ ポスター・チラシ(区施設・医療機関・薬局・その他) ⑤ 家族や知人のすすめ その他
--------------------------	---

2 喫煙状況について ※35歳以上の方の場合、禁煙治療が保険適用されるかの指標となります。

喫煙歴、一日の平均喫煙本数について ご記入ください	(1)喫煙歴 (年)
	(2)一日の喫煙本数 (平均 本)

3 ニコチン依存症スクリーニングテスト(当てはまる方に○をつけてください)

※禁煙治療が保険適用されるかの指標となります。

	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いましたか	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)禁煙や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りしたときに、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)(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も、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、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。	合計	点