禁煙治療費助成事業　事前アンケート

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日（満　　歳）

① 確認事項

下記の項目を確認のうえ、□にレ印をつけてください。

□ これまでに本事業により助成金をうけたことがありません。
□ 他の禁煙治療補助制度等の対象とはなっていません。
□ 国民健康保険その他医療保険に加入しています。
□ 福祉医療助成制度の対象となっていません。（福祉医療とは、乳幼児等医療費、母子家庭等医療費、高齢期移行助成（旧老人医療費）、重度障害者医療費、高齢者重度障害者医療助成制度、こども医療費助成制度が該当します。）
□ 本届出後、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始します。
□ 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、助成金の請求ができないことに同意します。
□ 禁煙外来治療中及び治療後に町保健師等が状況確認などの問い合わせをすることに同意します。
□禁煙治療の状況確認ができず、申請日から６ヶ月が経過した場合は申請を取り消しさせていただきます。

禁煙にチャレンジをしようと思われたきっかけ（理由）を教えてください。**（複数回答可）**

□ 協会けんぽからのご紹介（案内通知を含む）　□ 家族や友人に勧められたため
□ 医療機関で勧められたため　□ 播磨町からの費用補助があるため
□ その他（　　）

② ニコチン依存症を判定するテスト　TDS（Tobacco　Dependence　Screener）

各設問に対し、「はい」または「いいえ」を選択してください。

	設問内容	はい １点	いいえ 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	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分かっていても、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※が起きていると分かっていても、吸うことがありましたか。 ※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。	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
合計			点

③ ブリンクマン指数

１日の平均喫煙本数（　　）本　×　これまでの喫煙年数（　　）年　＝

＊35 歳以上は、200 以上が該当。35 歳未満は要件なし。

④ 身体や心の状況

この１週間の、あなたの身体や心の状況についてお聞きします。下の 20 の文章を読んでください。

各々の事柄について

☆ もし、この１週間で全くないか、あったとしても１日続かない場合は〔A〕

☆ 週のうち１～２日なら〔B〕

☆ 週のうち３～４日なら〔C〕

☆ 週のうち５日以上なら〔D〕 のところを○で囲んでください。

		この１週間のうちで			
		ない	1～2 日	3～4 日	5 日以上
1	普段はなんでもないことがわずらわしい	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
2	食べたくない。食欲が落ちた	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
3	家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
4	他の人と同じ程度には、能力があると思う	A (3)	B (2)	C (1)	D (0)
5	物事に集中できない	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
6	憂鬱だ	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
7	何をするのも面倒だ	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
8	これからさきのことについて積極的に考えることができる	A (3)	B (2)	C (1)	D (0)
9	過去のことについてくよくよ考える	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
10	何か恐ろしい気持ちがする	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
11	なかなか眠れない	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
12	生活について不満なく過ごせる	A (3)	B (2)	C (1)	D (0)
13	普段より口数が少ない。口が重たい	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
14	一人ぼっちで寂しい	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
15	皆がよそよそしいと思う	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
16	毎日が楽しい	A (3)	B (2)	C (1)	D (0)
17	急に泣き出すことがある	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
18	悲しいと感じる	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
19	皆が自分を嫌っていると感じる	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
20	仕事が手につかない	A (0)	B (1)	C (2)	D (3)
合計					点

16 点以上：うつ状態が疑われますので、専門医療機関（精神科・神経科・心療内科）で受診してください。

15～11 点：精神的疲労がたまっている状態です。休養や専門医療機関の受診をお勧めします。

10 点以下：心の健康が保たれている状態です。これからもストレスをためない生活を続けてください。