

紹介元施設： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

### 禁煙外来

以下の条件を全て満たした方に禁煙補助薬を用いた保険適用による禁煙治療が実施されます。

**【保険で治療ができる方】**

- ・直ちに禁煙したいと考えていること
- ・プリンクマン指数200以上
- ・外来で治療を受ける方
- ・スクリーニングテスト（TDS）5点以上
- ・禁煙治療を受けることを文書で同意する
- ・一年以内に保険適用による禁煙治療をうけていない

**【治療期間】** 12週間の禁煙治療プログラムに沿って行います。

**【費用】** 受診回数5回を必要とされ、自己負担3割の方で約17,000円（チャンピックス錠）程度となります。

※院外薬局での薬剤代を含んだ金額です。また、院外薬局では調剤料等が別途必要となります。

#### スクリーニングテスト『TDS』

チェック項目	（はいの項目の右欄に○印を付して下さい）	○
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ったことがありましたか。	
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。	
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。	
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	
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。	
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。	
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。	
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。	
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。	
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。	
		合計（○は1点）

※プリンクマン指数【1日の喫煙本数×喫煙年数】 & 対象者：35歳以上

1日の喫煙本数（     ）本 × 喫煙年数（     ）年 = （     ）

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：     年     月     日