

# 禁煙治療の健康保険該当チェックリスト

★今すぐ禁煙したい意思がある・・・はい ・ いいえ **\* 該当: はい**

★喫煙状況

1日の平均喫煙本

 本

× これまでの喫煙年数

 年

**\* 該当: 35歳以上の方のみ200以上**

☆☆アンケート☆☆

各質問に「はい」「いいえ」を選択してください。

		はい (1点)	いいえ (0点)
Q1	自分が吸うつもりよりも、多くタバコを吸ってしまったことがありますか。		
Q2	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すか。		
Q3	禁煙したり、本数を減らそうとしたとき、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがありましたか。		
Q4	禁煙したり、本数を減らそうとしたとき、次の症状がありましたか。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・イライラ</li> <li>・神経質</li> <li>・落ち着かない</li> <li>・集中しにくい</li> <li>・憂うつ</li> <li>・頭痛</li> <li>・眠気</li> <li>・胃のむかつき</li> <li>・脈が遅い</li> <li>・手の震え</li> <li>・食欲または体重増加</li> </ul> </div>		
Q5	上記の症状を抑えられず、タバコを吸い始めることがありましたか。		
Q6	重い病気にかかった時に、タバコは良くないとわかっているにもかかわらず吸うことがありましたか。		
Q7	自分の健康問題は、タバコが原因で起きているとわかっているにもかかわらず吸うことがありましたか。		
Q8	自分の精神的問題 <sup>※</sup> は、タバコが原因で起きているとわかっているにもかかわらず吸うことがありましたか。		
Q9	タバコに依存していると感じることがありますか。		
Q10	タバコが吸えない仕事や付き合いを避けることがありましたか。		

※禁煙や本数を減らした時にみられる禁断症状ではなく、禁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みられる状態



合計

点

**\* がすべて該当しない場合は健康保険適用となりません。**

**\* 該当: 5点以上**