

ニコチン依存症診断テスト

生年月日：S・H 年 月 日 氏名：_____

■ 1年以内に禁煙治療（保険）を受けたことがありますか？ ある ない

下記の設問に対し、「はい」または「いいえ」に○を付けてください。

	設問内容	はい (1点)	いいえ (0点)
Q1	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		
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したか		
Q3	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したときに、次のどれかがありましたか ・イライラ ・眠気 ・神経質 ・胃のむかつき ・落ち着かない ・脈が遅い ・集中しにくい ・手のふるえ ・ゆううつ ・食欲または体重増加 ・頭痛		
Q5	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		
Q6	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		
Q7	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		
Q8	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るのに、吸うことがありましたか		
Q9	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		
Q10	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	点

以下の方には禁煙補助剤は使用できない可能性がありますので、ご相談ください。

- ①非喫煙者 ②妊娠している方、授乳中の方 ③心臓病がある方
- ④不整脈がある方 ⑤脳梗塞、脳出血を起こしたことがある方
- ⑥ニコチネルを使ったことがあり、それに対しアレルギー症状が出たことがある方

