

質問4 禁煙することに、どれくらいの自信がありますか？
0%（まったく自信がない）から100%（おおいに
自信がある）の間の数字でお答えください。

	%
--	---

質問5-1 メールアドレスをお持ちの皆様には、禁煙方法を相談したり状況報告したりできる
無料の禁煙相談サイト（禁煙マラソン）を提供しています。

* 禁煙マラソンからのメール

最初の2週間は1日4通の応援メールが来ます。

~2ヶ月まで 1日2通

~半年 1日1通

こちらから禁煙の悩みや相談、グチなどを掲示板に書き込むことができます。

禁煙マラソンスタート後、1週目、2週目、4週目、3ヶ月目、6ヶ月目の計5回、
禁煙状況のアンケートにご協力いただけることがご登録の条件になります。

最初に書いたメールアドレスでの登録を希望する

別アドレスでの登録を希望する アドレス：

サイトへの登録を希望しない・メールアドレスがない

質問6 あなたの健康状況についてお伺いします。

6-1 現在治療中の疾患あるいは健康診断での指摘事項・気になる症状がありますか？

ない

ある →

6-2 妊娠中や授乳中ですか？

いいえ ・ はい

6-3 精神科あるいは心療内科を受診したことがありますか？

ない ・ ある

精神科や心療内科の疾患をお持ちの場合や、過去に精神科や心療内科にかかれたことがあ
る場合は、禁煙治療実施中や禁煙治療補助用の内服薬を使用する場合に注意が必要なことが
あります。また担当医との打ち合わせが必要な場合もありますので、「はい」の場合は、下記
にもお答えください。

病名あるいは症状	内服薬の種類や名前
受診医療機関名	担当医のお名前
その医療機関に今も定期的に通っていますか はい（1ヶ月に 回） ・ いいえ	

質問7 タバコ環境についてお伺いします。

7-1 自宅でも、タバコを吸われますか？

- 自宅では吸わない（吸えない）
- 自宅の自室のみで吸う（自室以外では吸わない）
- 自宅の自室以外でも吸う

7-2 同居されている家族で、タバコを吸われる方はいらっしゃいますか？

- いない（自分ひとりだけ喫煙）
- いる → 続柄を記入ください（ ）
- 一人暮らし（同居家族なし）

7-3 あなたの職場ではタバコを吸うことができますか？

- 自宅での仕事・あるいは無職
 - 職場では吸えない
 - 職場でも吸える → その場所は
- 喫煙室や喫煙コーナー
建物の外 敷地の外
その他（ ）

質問8 ニコチンパッチなどを利用した禁煙では、電話などで定期的に禁煙経過をお伺いして助言させていただくこともあります。

8-1 電話を掛けてよい電話番号を記入してください。

電話番号（自宅・職場・それ以外）

8-2 ご家族や職場の方がお電話に出られたら、

- 「〇〇薬局・〇〇です」と名乗ってよい
- 個人名（例・知人の〇〇です）を名乗ってほしい

質問はここまでです。質問についてわかりにくいことがありましたら、お尋ねください。

-----以下にはまだ記入しないでください-----

私は禁煙治療に同意します。

患者氏名 _____ 担当 薬剤師 _____

〇〇薬局禁煙支援 プライバシーポリシー

みなさまからいただいた情報や治療経過等につきましては〇〇薬局の個人情報取扱い規定に則り細心の注意を払い取り扱います。皆様の禁煙取組み状況を分析し禁煙方法の改善などの研究に役立てることがありますが、プライバシーの保護に十分配慮いたしますのでご安心ください。

ニコチン依存症管理料（保険適用）質問票

質問（１）下線部に数字を記入してください。

$$\underline{\hspace{2cm}} \text{本} \quad \times \quad \underline{\hspace{2cm}} \text{年} \quad =$$
 （一日喫煙本数） （喫煙した年数）

ブリンクマン指数

質問（２） 1ヶ月以内に禁煙を開始するつもりはありますか？

はい ・ いいえ

質問（３） 今後3ヶ月間にあと4回、診察を受けに来院できますか？
（2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後）

はい ・ いいえ

質問（４） 下記の質問を読んで、あてはまるものに○をつけてください。

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、タバコがほしくてたまらなくなることはありませんでしたか。	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）	はい	いいえ
5	問4 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わかっているにもかかわらず、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わかっているにもかかわらず、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

はい=1点、 いいえ=0点

TDS合計

点