

※ 禁煙外来では保険の適用対象となるかどうかの確認のため、以下の内容のチェック表をご提出いただいています。



保険適用対象者要件チェック表

【保険適用対象者要件】（厚生労働省通達）

- ※ ニコチン依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症と診断されたものであること
- ※ ブリンクマン指数（喫煙本数×喫煙年数）が200以上のものであること
- ※ 禁煙治療プログラム（12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム）について同意していること（要件を満たさない場合はこれまで通り自己負担となります。）

【1】ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト

下記の質問を読んであてはまる項目へ印を入れ、合計点数を計算してください。

	設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問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いましたか		
問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		
問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がありましたか		
問4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、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、手のふるえ、食欲または体重増加）		
問5	問4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか		
問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		
問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		
問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		
問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		
問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		

合計点数： _____ 点

（5点以上をニコチン依存症と診断します）

【2】 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ _____ ）本
習慣的にタバコを吸うようになってから何年間吸っていますか？（ _____ ）年間

上記の喫煙本数と喫煙年数をかけた数字はいくらですか？（ _____ ）

（保険適用には、この値が200以上であることが必要です）

【3】 直ちに禁煙したいと考え、約3ヶ月間に計5回の禁煙支援を受けることに同意されますか？

はい いいえ

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日