

	設問内容	はい 1点	いいえ 0点
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。		
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	禁煙したり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はありませんでしたか。		
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	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。		
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。		
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。		

TDS は、WHO の「国際疾病分類第 10 版」(ICD-10) やアメリカ精神医学会の「精神疾患の分類と診断の手引き」の改訂第 3 版および第 4 版 (DSM-III-R, DSM-IV) に準拠して、精神医学的な見地からニコチン依存症を診断することを目的に開発されたものです。上記 10 項目のうち、合計点が 5 点以上の喫煙者はニコチン依存症と診断されます。

合計点数	点
------	---

IDNo. _____ 氏名 _____ 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

禁煙治療に関する問診表

■現在、タバコを吸っていますか？

吸う やめた（ 年間／ カ月） 吸わない

以下の質問は、吸うと回答した方のみお答え下さい。

■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たのは何歳ぐらいの頃ですか？
（ 歳）

■あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

関心がない

関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えていない。

今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない。

直ちに禁煙しようと考えている。

■タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

（ %）

■同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

はい→（続柄 ） いいえ

■現在気になる症状はありますか？

■現在、治療中の病気はありますか？

■禁煙治療を受けることに同意されますか？

はい いいえ

氏名 _____ 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日