

＜ 禁煙外来 申込書＞

令和 年 月 日

石塚硝子健康保険組合 理事長 殿

別紙 ＜ 禁煙外来費用 補助の案内＞ に同意して、禁煙キャンペーンに申し込みます。

申 込 者

*記号○付け	*番号	拠点名(事業所・工場)	所属	氏名	印
1・2・3・4・5・6					

以下をご記入の上、要件をクリアしているかチェックして下さい。

健康保険が適用される「禁煙治療を受けるための要件」(1)～(4)に該当のこと。(2)は35歳位以上のみ。
--

(1) ニコチン依存症を診断するテストで5点以上であること。

各設問に対し、「はい」または「いいえ」を選択してください。「はい」の数を合計欄に記入してください。

ニコチン依存症を診断するテスト TDS(Tobacco Dependence Screener)	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いましたか。		
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すか。		
Q3. 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。		
Q4. 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 ・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)		←5点以上

※ 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫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出現している状態。

(2) ※35歳以上のみ

1日の平均喫煙本数	これまでの喫煙年数	200以上
本	× 年	=
いずれかに○		

(3) 1ヶ月以内に禁煙を始めたいと思っている。

はい	いいえ
いずれかに○	

(4) 禁煙治療を受けることに文書で同意できる。(別途記入)

はい	いいえ
----	-----

以上

☆☆☆ 「禁煙宣言書」を添付してお申込み下さい。 ☆☆☆