

(氏名: \_\_\_\_\_)

## ニコチン依存症スクリーニングテスト(TDS)

水入クリニック

問	設問内容	はい	いいえ
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。		
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すか。		
3	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。		
4	禁煙したり本数を減らしたいときに、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、食欲または体重の増加)		
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(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)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。		

10問中5問以上、YES(はい)の方は、ニコチン依存症です。