

タバコスクリーニングテスト

氏名 _____

日付 ____ / ____ / ____

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うことがありましたか。		
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、タバコが欲しくて欲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にもかかわらず、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にもかかわらず、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。		

TDSスコア(0~10点) : _____点

※5点以上をニコチン依存症と診断する