第１号様式（第５条関係）

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成事業事前届出書

年　　月　　日

蒲　郡　市　長　様

申　請　者　　住　所　蒲郡市
（受　診　者）　氏　名
電　話

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成交付要綱に基づき、下記のとおり事前届出いたします。

記

１　受診予定医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　受診予定時期　　＿＿＿＿年＿＿＿＿月頃＿＿＿＿

３　確認事項

(1) 裏面の「ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト」は何点ですか。※5 点未満は禁煙外来治療対象外です	点
(2) 1 日の喫煙本数×喫煙年数（ブリンクマン指数）はいくつですか。 ※　200 未満は禁煙外来治療対象外です	1 日＿＿＿本 喫煙年数＿＿＿年 指数＿＿＿＿
(3) 禁煙外来治療に悪影響を受けると思われる薬剤（抗うつ剤、睡眠剤、精神安定剤など）の服用歴や不眠や精神的な症状やこころの病気がありますか。	はい　　いいえ
(4) 現在治療中の方は、主治医に禁煙外来治療の許可を得ていますか。　※許可を得ていない場合は、主治医へご相談ください	はい　　いいえ
(5) 禁煙外来治療を完了せず、中断した場合は助成金の請求ができないのでご了承下さい。	はい
(6) 禁煙外来治療中又は治療後に市保健師が状況確認などのため、ご本人又は受診医療機関に問い合わせることがありますのでご了承下さい。	はい

同　　意　　書（署名または記名押印）

助成金対象者であることを確認する必要があるときは、私及び私の世帯に属する被保険者全員の国民健康保険税その他の市税の納付状況、過去の助成金交付等について、市が確認事務を行うことに同意します。

世帯主　氏名

禁煙外来治療受診条件

健康保険で禁煙治療を受けるためには、４つの条件を満たしている必要があります。自己チェックしてみましょう！

□条件① 現在たばこを吸っていて、ただちに禁煙しようと考えている
□条件② ニコチン依存症の診断テスト（下表）の結果が５点以上である
□条件③ 医療機関で禁煙治療の同意書に署名を求められることに同意する
□条件④ 35 歳以上の者については、１日平均喫煙本数×喫煙年数が 200 以上である
例） １日平均喫煙本数 20 本で 30 年間吸っている場合、20 本×30 年間=600 と計算

～～～～～～ニコチン依存症の診断テスト～～～～～～

	質問項目	はい（1 点）	いいえ（0 点）
1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこ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、たばこがほしくてほ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	4 でうかがった症状を消すために、またたばこ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、たばこ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	たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっていても、吸うことがありましたか。		
8	たばこのために自分に精神的問題[注)]が起きているとわかっていても吸うことがありましたか。		
9	自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
10	たばこ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。		

注） 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。

合計　　点