

別記第1号様式（第5条関係）

年 月 日

足立区長

住所 足立区 _____

氏名（自署）_____

生年月日 _____

電話番号 _____

足立区子どもの健康を守る卒煙チャレンジ支援事業登録申請兼承諾書

足立区子どもの健康を守る卒煙チャレンジ支援事業の助成金交付を受けたいので、足立区子どもの健康を守る卒煙チャレンジ支援事業実施要綱第5条の規定により登録申請します。

なお、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な申請者の住民登録の調査および治療について医療機関への問い合わせを足立区が行なうことについて同意します。

また、アンケート調査や事業広報活動に協力することを承諾します。

喫煙状況	喫煙年数	年	喫煙本数 (一日平均)	本
	禁煙外来 通院歴	有・無	有の場合 最終通院日※	年 月 日
	ニコチン依存症診断テスト（TDS） の結果（テストは別紙参照）		点	
通院予定の医療機関 (区内指定医療機関に限ります)				

※最後の通院日から1年以上経過していない場合は、本事業の対象外となります。

- 妊婦や妊娠の可能性がある方、授乳中の方が治療する場合、薬のない治療となることがあります。
医師と相談のうえ、治療を行ってください。

注意：本申請書による登録は、本事業への参加登録のみであり、助成金の支払いを保障するものではありません。

ニコチン依存症を判断するテスト TDS (Tobacco Dependence Screener)

注意：本テストの結果、合計点が5点未満の場合、本事業の対象外となります。

設問		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すか。		
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すか。		
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、手の震え、食欲または体重の増加		
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つても、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（注）が起きているとわかつても、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。		
合計（「はい」の数）		点	

（注）禁煙や本数を減らしたとき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、不安や抑うつななどの症状が出現している状態。

（禁煙治療のための標準手順書第6版より引用）

登録申請時アンケート

本事業をどこで知りましたか、当てはまるものに丸をつけてください。

- ① 足立保健所・区内保健センター ② 妊娠届提出時 ③ 区のホームページ
- ④ 医療機関 ⑤ 区の広報紙 ⑥ 区のSNS（X（旧Twitter）、Facebookなど）
- ⑦ 知り合いに聞いて
- ⑧ その他 _____

※具体的にご記入ください。