

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

まんのう町長 殿

(申請者)

住所 まんのう町

氏名 (本人自筆)

生年月日

電話番号

まんのう町子育て世帯禁煙プロジェクト事業登録申請兼承諾書

まんのう町子育て世帯禁煙プロジェクト事業の助成金交付を受けたいので、まんのう町子育て世帯禁煙プロジェクト事業実施要綱第 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書および同居者の住民記録をまんのう町が調査することに同意し、治療終了後の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。

申請者の喫煙状況	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 年月日	年 月 日
	ニコチン依存症診断テスト (TDS) の結果 ※テストは裏面		点	
同居者 ※申請者が妊婦 の場合、本欄は 記入不要です。	妊 婦	氏名	申請者 との関係	
	20 歳未満 の子ども	氏名 生年月日 年 月 日 (歳)	申請者 との関係	
通院予定の医療機関名				

●申請者が妊婦の場合または同居者が妊婦の場合は母子手帳の写し（表紙と 1 ページ目）を添付してください。

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証するものではありません。

ニコチン依存症を判定するテスト(TDS)

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、タバコが欲しくてたまらなくなることはありませんでしたか。		
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（注）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た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。		
合 計			

(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。

禁煙治療のための標準手順書第7版より引用