

禁煙治療 エントリーシート
---------------

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、エントリーいたします。

社員番号	
氏名	印
健康保険被保険者証	記号：                      番号：
会社名	
事業所名／所属部門名	
連絡先電話番号（会社）	

・禁煙開始日

禁煙開始日	年    月    日
卒煙予定日	年    月    日

※ 禁煙開始日は禁煙外来の初回受診日としますので、これから受診されるかたは空欄でけっこうです

※ 卒煙予定日は、禁煙治療開始より3ヶ月後としてください。

★治療薬の使用上の注意（うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。

★エントリー状況は、会社と共有させていただきますので、ご了解願います。