

禁煙外来治療 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。

____年 ____月 ____日

氏名	
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	
日中連絡がとれる 電話番号	
メールアドレス	

◆ 外来受診予定日

外来受診予定日	____年 ____月 ____日
---------	-------------------

■ 注意事項

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会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。