

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
医療機関名	

■ 注意事項

当健保組合で健診を受診している方は、当健保組合診療所での禁煙外来受診が条件となります。また、禁煙外来費用補助の申請については、禁煙外来治療エントリーシート提出後に通院治療を開始することが条件となります。

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におねがいします。