（別紙１）

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	

◆ 禁煙外来受診方法

希望する受診方法を選択し、☑を入れてください。

□医療機関の禁煙外来を受診

外来受診予定日
（　　年　　月　　日）

医療機関名
（　　）

□オンライン禁煙外来を受診

エントリー後に、禁煙外来の詳細案内をお送りします。

※プログラム終了後に、アンケート記入のご協力をお願いします。

■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（現在、休止中です。その為、再開されるまでは他医療機関やオンライン禁煙外来も利用可能です）。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。

大 王 製 紙 健 康 保 険 組 合