【禁煙サポート事業相談記録用紙】　　サポート薬局名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | TEL：  FAX：  日中連絡用： |
| 基礎疾患  健康状態等 |  |
| 依存度に  関する事項 |  |
| 過去の  禁煙経験 | □なし  □あり（　　　　回、最長　　　　年間／　　　　か月／　　　　日） |
| 同居家族で  喫煙者 | □いない  □いる　→（続柄　　　　　　　　　）  □一人暮らし |
| 禁煙への  自信 | ％（「全く自信がない」を０％、「大いに自信がある」を100％とする。） |
| 指導開始  年月日 | 年　　月　　日 |

（裏面あり）

＜相談記録＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 面接状況 | サポート内容 | 次回予定 |
| ／ | 禁煙への自信　　　　％ |  |  |
| ／ | 禁煙への自信　　　　％ |  |  |
| ／ | 禁煙への自信　　　　％ |  |  |
| ／ | 禁煙への自信　　　　％ |  |  |
| ／ | 禁煙への自信　　　　％ |  |  |
| ／ | 禁煙への自信　　　　％ |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指導終了  年月日 | 年　　月　　日  □終了　□中断　□禁煙外来紹介　□その他 |