

（あて先）長崎市長

長崎市禁煙サポート事業参加申込書

次の内容についてご記入ください。

フリガナ 氏名	フリガナ		
生年月日	年	月	日（歳）
住所	〒		
電話番号		職業	

■喫煙状況について

喫煙の状況	1日の喫煙本数（）本	喫煙年数（）年
禁煙の挑戦歴	☐ 有り ☐ 無し	
今回の志望動機		
どこで知ったか	☐ 広報ながさき ☐ 長崎市ホームページ ☐ 薬局 ☐ その他（）	

■健康状態について（各質問について、該当する方に☑をつけてください。）

1	妊娠又は妊娠している可能性がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
2	授乳期間中ですか。	☐ はい ☐ いいえ
3	重い心臓病がありますか。（不安定狭心症、急性期の心筋梗塞（発症後3か月以内）、重篤な不整脈のある方又は経皮的冠動脈形成術直後、冠動脈バイパス術直後の方）	☐ はい ☐ いいえ
4	脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）回復初期ですか。	☐ はい ☐ いいえ
5	うつ病と診断されたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	過去にニコチンパッチを使用し、アレルギー症状を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
7	他のニコチン製剤を使用していたり、現在、禁煙治療をしていますか。	☐ はい ☐ いいえ

■現在、治療中の病気がありますか。

☐ はい（病名）	☐ いいえ
---------------------------------	------------------------------

※「はい」と答えた方は、この事業への参加について必ず主治医へお伝えください。

■どの薬局で禁煙サポートを受けたいですか。

希望する禁煙サポート薬局名（第1希望）	
希望する禁煙サポート薬局名（第2希望）	
希望する禁煙サポート薬局名（第3希望）	

※ご記入いただきました内容については、この事業への参加が決定された後、担当の禁煙サポート薬局にお伝えしますのでご了承ください。