

--	--	--

禁煙プログラム 申込用紙

令和 年 月 日

船場健康保険組合 御中

(E-mail : kenpo.kikin@sembal008.co.jp)

次のとおり事前申請します。

保険証の 記号・番号	—	会社名	
被保険者氏名		申込者氏名	
開始予定日	令和 年 月 日	生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳
コースを選択してください	① オンライン禁煙プログラム		② 禁煙外来

* 「②禁煙外来」を選択された方は、下記の質問1から4を記載してください。

質問1から4 全て「はい」に該当する方のみ申込が可能です。

質問1	直ちに禁煙したいと考えている	はい	いいえ	
質問2	これまでに禁煙外来を受診したことがあるが、前回の初診日より1年以上経過している（前回の初診日：平・令 年 月 日）	はい	いいえ	
質問3	次の式の答え*が「200以上」である (34歳以下は喫煙本数、喫煙年数による制限が無い場合、記載不要) 1日の平均本数 _____ 本×喫煙年数 _____ 年間=答え* _____	はい	いいえ	
質問4	次の質問のうち、5項目以上に当てはまる	はい	いいえ	チェック欄 (○・×)
	a	自分が吸うつもりの本数よりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがあった		
	b	禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがあった		
	c	禁煙や本数を減らそうとしたとき、タバコが欲しくてたまらなくなることがあった		
	d	禁煙や本数を減らそうとしたとき、次のどれかの症状があった イライラ、神経質、落ち着かない、憂鬱、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手の震え、食欲または体重増加		
	e	上記dの症状を消すために、またタバコを吸い始めることがあった		
	f	重い病気にかかったとき、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがあった		
	g	タバコのために、自分に健康問題が起きているとわかっているのに吸うことがあった		
	h	タバコのために、自分に精神的問題が起きているとわかっているのに吸うことがあった		
	i	自分はタバコに依存していると感じることがあった		
	j	タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かあった		

お申込み（メール可）・お問い合わせ先

船場健康保険組合 大貫、野川

TEL : 03-6865-1280 E-mail : kenpo.kikin@sembal008.co.jp