禁煙外来申込書

			申込日	年　月　日
ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名		男・女	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年　月　日
名古屋市立大学病院の受診歴有無	有（診察券番号　　）・無			
患者連絡先	〒　－			
	電話　－　－	国籍	対応言語	母国語
	電話　－　－			

（1） ご希望の曜日
（　木曜日　・　金曜日　）

（2） 次の条件の当てはまる項目にチェックをつけてください。
- □ 直ちに禁煙することを希望している
- □ スクリーニングテストによりニコチン依存症と診断されている
- □ ブリンクマン指数が 200 以上（35 歳以上の方）
- □ 禁煙治療について医師より説明を受けている
- □ 禁煙治療に対し文書で同意している

（3） 紹介元医療機関
※ 紹介状がない場合は、診療費の他に特定療養費 7,700 円を算定

（以下、職員記載）

予約日		予約時間		診療科		受付者	

※ 電話番号欄につきましては、必ず連絡のとれる番号を<u>２つ</u>ご記入ください。

R8.6