

禁煙治療完了証明書

氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
----	-----	------	----------	---	---	--------

禁煙開始日： 年 月 日

薬局名：

No	相談日	対応方法	対応者	経過確認等	購入した禁煙補助剤	次回相談 予定日
1 回目※	/	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()		(初回問診)	<input type="checkbox"/> パッチ () <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> 購入なし	/
2 回目	/	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項)	<input type="checkbox"/> パッチ () <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> 購入なし	/
3 回目	/	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項)	<input type="checkbox"/> パッチ () <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> 購入なし	/
4 回目	/	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項)	<input type="checkbox"/> パッチ () <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> 購入なし	/
(最 終 評 価) 5 回目※	/	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項)	<input type="checkbox"/> パッチ () <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> 購入なし	/

※1回目(薬の説明と販売)と5回目(証明書の交付)は対面が望ましい

1回目指導日からなるべく早く
(遅くても1週間以内)

禁煙治療完了証明書

氏名 **盛岡 太郎** 男・女 生年月日 昭和平成 **XX**年**XX**月**XX**日 (XX歳)

禁煙開始日：**令和8年4月15日**

薬局名：**●●●●薬局**

No	相談日	対応方法	対応者	経過確認等	購入した禁煙補助剤	次回相談予定日
1 回目※	4/10	<input checked="" type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()	**	(初回問診) ・アンケート内容を確認し***について聞き取り(問題なし) ・禁煙開始日の決定、補助剤の説明と販売、次回相談の予約を実施 ・平日は仕事のため連絡は昼休みに行う(12:00~13:00)	<input checked="" type="checkbox"/> パッチ (2 箱(**枚)) <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> なし	4/25
2 回目	4/25	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()	**	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項) <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">特記事項がなければ空欄でOK</div>	<input checked="" type="checkbox"/> パッチ (1 箱(**枚)) <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> なし	5/10
3 回目	5/10	<input checked="" type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()	**	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項)	<input checked="" type="checkbox"/> パッチ (1 箱(**枚)) <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> なし	6/10
4 回目	6/10	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ZOOM)	**	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項) ・補助剤の在庫がなく、入荷の目途が立たないため、他店またはインターネットで購入することについて確認した。	<input checked="" type="checkbox"/> パッチ (1 箱(**枚)) <input type="checkbox"/> ガム () <input type="checkbox"/> なし	7/10
(最 終 5 回 目 ※)	7/10	<input checked="" type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()	**	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 中断・中止 (特記事項) 全ての治療を終了し、禁煙していることを確認した	<input type="checkbox"/> パッチ () <input type="checkbox"/> ガム () <input checked="" type="checkbox"/> なし	/

協力薬局以外から補助剤を購入する場合は、その理由を記載してください

※1回目(薬の説明と販売)と5回目(証明書の交付)は対面が望ましい