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※	/	☐ 対面 ☐ 電話 ☐ メール ☐ その他 ( )		(初回問診) ☐ 禁煙継続 ☐ 中断・中止 (特記事項)	☐ パッチ ( ) ☐ ガム ( ) ☐ 購入なし	/
2 回目	/	☐ 対面 ☐ 電話 ☐ メール ☐ その他 ( )		☐ 禁煙継続 ☐ 中断・中止 (特記事項)	☐ パッチ ( ) ☐ ガム ( ) ☐ 購入なし	/
3 回目	/	☐ 対面 ☐ 電話 ☐ メール ☐ その他 ( )		☐ 禁煙継続 ☐ 中断・中止 (特記事項)	☐ パッチ ( ) ☐ ガム ( ) ☐ 購入なし	/
4 回目	/	☐ 対面 ☐ 電話 ☐ メール ☐ その他 ( )		☐ 禁煙継続 ☐ 中断・中止 (特記事項)	☐ パッチ ( ) ☐ ガム ( ) ☐ 購入なし	/
(最 終 評 価) 5 回目※	/	☐ 対面 ☐ 電話 ☐ メール ☐ その他 ( )		☐ 禁煙継続 ☐ 中断・中止 (特記事項)	☐ パッチ ( ) ☐ ガム ( ) ☐ 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