診療情報提供書(禁煙外来受診用)

西宮市立中央病院　地域医療連携室 宛

西暦　　年　　月　　日

禁煙外来 （受診希望日） 西暦　　年　　月　　日（　　） 西暦　　年　　月　　日（　　） 実施曜日：木曜日・14時

医療機関名 所在地 紹介医 電　話（　　）　　－ FAX（　　）　　－

ふりがな 患者氏名	男・女 様　　歳	生年月日	M　T　S　H 年　　月　　日
患者住所　〒			
電話番号（　　）　　－			

＊今、すぐに禁煙しようとお考えですか？　　☐ はい　　☐ いいえ

＊他院で、一年以内に、禁煙外来で治療を受けたことはございませんか？　　☐ はい　　☐ いいえ

途中で中断される場合は、保険診療の関係上、保険での受診はできません。

＊禁煙外来は、完全予約制となっております。

初診後、2週間、4週間、8週間、12週間、合計5回の受診が必要です。

通院は可能でしょうか？　　☐ はい　　☐ いいえ

（木曜日のみ、14:00～14:30）

＊喫煙歴を、教えていただけますか？　　（　　）本／日×（　　）年

＊禁煙外来の紹介の目的

＊既往歴

＊投薬内容（現在服薬中のもの）

西宮市立中央病院　地域医療連携室　　FAX　(0798)67－4896
電話　(0798)64－1540
受付　月曜～金曜　午前8:30～午後7:00