

■対象要件

次の①から④全ての要件を満たした方が対象となります。

- ①20歳以上の長崎市民
- ②薬剤師の指導を受けて禁煙を行う意志のある方
- ③禁煙補助剤（ニコチンパッチ）使用後にアンケートに回答できる方
- ④禁煙補助剤（ニコチンパッチ）の使用が可能な方

次の状態に該当する方は、禁煙補助剤（ニコチンパッチ）の使用ができません。

- *妊娠又は妊娠している可能性のある方
- *授乳期間中の方
- *重い心臓病がある方（不安定狭心症、急性期の心筋梗塞（発症後3か月以内）、重篤な不整脈のある方又は経皮的冠動脈形成術直後、冠動脈バイパス術直後の方）
- *脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）回復初期の方
- *うつ病と診断された方
- *過去に禁煙補助剤（ニコチンパッチ）を使用し、アレルギー症状を起こしたことがある方
- *他のニコチン製剤を使用している方、禁煙治療をしている方

■申込方法など

申込方法：右側のページの申込用紙に必要事項を記入の上、郵送、FAXにて健康づくり課へお送りください。長崎市のホームページ上でも申し込み可能です。



定員：50人（応募多数の場合は、抽選となります。）
参加の可否については、7月中旬に文書を発送します。）

応募期間：6月3日（月）～24日（月）

サポートを受ける薬局：チラシ裏面の「禁煙サポート事業可能薬局」一覧よりお選びください。
申込状況によっては、ご希望に添えない場合もあります。

禁煙開始時期：決定したサポート薬局の薬剤師と相談のうえ、決めていただきます。

お問い合わせ：〒850-8685 長崎市魚の町 4-1
長崎市健康づくり課（電話：829-1154 FAX:829-1221）



第1号様式（第3条関係）

<申込書送付先>

〒850-8685 長崎市魚の町 4-1 長崎市健康づくり課 行
FAX 095-829-1221

（あて先）長崎市長

長崎市禁煙サポート事業参加申込書

次の内容についてご記入ください。

フリガナ 氏名	フリガナ		
生年月日	年	月	日（歳）
住所	〒		
電話番号		職業	

■喫煙状況について

喫煙の状況	1日の喫煙本数（ ）本	喫煙年数（ ）年
禁煙の挑戦歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
今回の志望動機		
どこで知ったか	<input type="checkbox"/> 広報ながさき <input type="checkbox"/> 長崎市ホームページ <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

■健康状態について（各質問について、該当する方に☑をつけてください。）

1	妊娠又は妊娠している可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	授乳期間中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	重い心臓病がありますか。（不安定狭心症、急性期の心筋梗塞（発症後3か月以内）、重篤な不整脈のある方又は経皮的冠動脈形成術直後、冠動脈バイパス術直後の方）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）回復初期ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	うつ病と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	過去にニコチンパッチを使用し、アレルギー症状を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	他のニコチン製剤を使用していたり、現在、禁煙治療をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

■現在、治療中の病気がありますか。

<input type="checkbox"/> はい（病名 ※「はい」と答えた方は、この事業への参加について必ず主治医へお伝えください。	<input type="checkbox"/> いいえ
--	------------------------------

■どの薬局で禁煙サポートを受けたいですか。

希望する禁煙サポート薬局名	
---------------	--

※ご記入いただきました内容については、この事業への参加が決定された後、担当の禁煙サポート薬局にお伝えしますのでご了承ください。

切り取り