

■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のお申込みフォームでも申し込み可能です。

定員：20 人（先着）

応募期間：9 月 1 日（火）～10 月 30 日（金）

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）

ホームページは
こちらから↓



第1号様式（第3条関係）

（あて先）長崎市長

＜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

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	☐ 有り ☐ 無し	
今回の志望動機		
どこで知ったか	☐ 広報ながさき ☐ 長崎市ホームページ ☐ 薬局 ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
2	授乳期間中ですか。	☐ はい ☐ 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）	☐ はい ☐ いいえ
4	脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）回復初期ですか。	☐ はい ☐ いいえ
5	うつ病と診断されたことがありますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ

■現在、治療中の病気がありますか。

☐ 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。	☐ 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（第 1 希望）	
希望する禁煙サポート薬局名（第 2 希望）	
希望する禁煙サポート薬局名（第 3 希望）	

※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。