

記入日 年 月 日

20歳未満の者の禁煙相談票

氏 名		男・女	学校名	小学校		年
				中学校		
		歳		高等学校		
学校の 連絡先 (TEL) 担当者	() 担当教諭名:			保護者の 同意	あり ☐	
					なし ☐	
<報告・相談事項> 【基本事項】 ・喫煙開始時期(歳～ / 年前～ / 年 月～) ・喫煙のペース(1日 本/ 日に 本) ・禁煙希望の理由() ・禁煙の意志と意欲(強く希望 / 希望 / 自信がある / 自信がない) ・学校への出席(毎日出席 / 月に数日欠席 / 欠席が多い) ・家族の喫煙の有無(有<続柄: > / 無)						
紹 介 医療機関				日 時	年 月 日 ()	