

記入日
(相談日) 年 月 日

20歳未満の者の禁煙相談報告書 医療機関→奈良市健康医療部医療政策課

【初回・()回目・最終】

氏 名		男・女 歳	学校名	小学校 中学校 高等学校	年
次回相談日	年	月	日	午前・午後	時 分
学校・奈良市への報告事項(児童・生徒の状況把握のためできるだけ記入ください。)	【基本事項】 ・起床後禁煙までの時間(5分以内 / 30分以内 / 60分以内 / 61分以上) ・呼気中CO濃度(ppm) ・FTNDテスト(点) ・家族の協力(有 <続柄: >/無) ・禁煙開始時期(年 月 日 ~) ・(2回目以降使用)禁煙状態 (継続中 / 一時中断 / 喫煙中)				
処方内容 (いずれかに○)	【 ニコチンパッチ ・ バレニクリン ・ 処方なし 】				
相談実施 医療機関			医師名		

事業が履行されたことを証明します。
奈良市健康医療部長 印