

禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害
ならびに禁煙の効果をも十分に理解した上で
_____月_____日より、禁煙することを宣言します。

R 年 月 日

患者氏名： _____

健康保険証 記号： _____ 番号： _____

担当医： _____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを
約束します。

支援者： _____

禁煙者との関係（当てはまるものに○）

家族 友人 同僚 上司 後輩 その他（ ）

※支援者は、本人が禁煙中であることを保証できる方を決めてください。