

診療情報提供書(禁煙外来受診用)

西宮市立中央病院 患者総合支援センター 様

西暦 年 月 日

禁煙外来
(受診希望日)
西暦 年 月 日 ()
西暦 年 月 日 ()
実施曜日: 木曜日・14時

医療機関名
所在地
紹介医 印
電話 () -
FAX () -

ふりがな	男・女	生年	M T S H	年 月 日
患者氏名	様 歳	月 日		
患者住所〒				
電話番号() -				

*今、すぐに禁煙しようとお考えですか？ はい いいえ

*他院で、一年以内に、禁煙外来で治療を受けたことはありませんか？ はい いいえ

途中で中断される場合は、保険診療の関係上、保険での受診はできません。

*禁煙外来は、完全予約制となっております。

初診後、2週間、4週間、8週間、12週間、合計5回の受診が必要です、。

通院は可能でしょうか？ はい いいえ

(木曜日のみ、14:00~14:30)

*喫煙歴を、教えてくださいか？ ()本/日×()年

*禁煙外来の照会の目的

*既往症

*投薬内容(現在服薬中のもの)

西宮市立中央病院 患者総合支援センター

FAX (0798)67-4896 月曜~金曜 午前8:30~午後7:00

土曜 午前8:30~午前12:00

電話 (0798)64-1540 月曜~金曜 午前8:30~午後5:00