

禁煙外来 F A X 紹介申込み書

申込受付時間：平日 9：00～17：00

紹介先施設 (禁煙外来施設)		取次部署 担当者様	
-------------------	--	--------------	--

紹介元	施設名	薬剤師名		
		F A X 番号		
		電話番号		
予約希望	第1希望	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	希望日なし
	第2希望	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	
	第3希望	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	
患者情報	フリガナ		性別	男 ・ 女
	患者氏名		貴院受診歴	有 (科) ・ 無
	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生	年齢	歳
	住所	〒		
	電話番号		携帯番号	
	禁煙目的 ・ 情報	新型タバコ使用歴		有 ・ 無
ブリンクマン指数				

※ブリンクマン指数【1日の喫煙本数×喫煙年数】=対象者:35歳以上

禁煙外来受付確認票 (予約表) F A X

医療機関名

担当者氏名

印

・ 貴施設よりお申込みいただきました、下記患者の外来診療日が確定したのでご案内申し上げます。

予約表	受診日	平成 年 月 日【 】	予約時間	
	受付	総合受付 ・ 紹介者専用受付 ・ その他【 】		
	連絡事項			