

トプコン健康保険組合 行

禁煙支援プログラム申込書

会 社 名				部門略号	
申込者氏名		社員番号		メールアドレス	_____@topcon.com
喫 煙 状 況	喫煙歴：_____年 / 1日あたりの喫煙数：_____本				
ご希望の プログラム	<p>ご希望のプログラムの□を■に塗りつぶしてください。</p> <p> <input type="checkbox"/> プログラム①：トプコン診療所での禁煙コース（禁煙補助薬「チャンピックス」） <input type="checkbox"/> プログラム②：トプコン診療所での禁煙コース（禁煙パッチ） <input type="checkbox"/> プログラム③：禁煙外来コース <input type="checkbox"/> プログラム④：禁煙ガムを用いた禁煙コース </p>				
個人情報の 取扱	<p>本プログラムへの参加の可否の判断及び本プログラムに基づく支援を行うため、本書の内容をトプコン診療所と共有することについて：</p> <p> <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない </p>				

質問事項

以下の質問項目について、該当するものがある場合は、☐を☒に塗りつぶしてください。

※体質や健康状態により、選択できるプログラムが一部制限される場合があります。適切な支援内容や補助薬の手配のため、正確なご回答をお願いします。

※現在通院治療中の方は、主治医に禁煙治療を行ってよいか確認を得てから開始してください。

- ☐ 現在通院治療中ではない。 ☐ 本プログラムへの参加が問題ないことを主治医に確認済みである。
- ☐ アレルギー体質である。
- (具体的に： _____)
- ☐ 以前に薬を飲んで、かゆみや発疹などの症状が出たことがある。
- (具体的に： _____)
- ☐ 絆創膏や湿布などで、かぶれや発疹が出たことがある。
- ☐ 腎臓・肝臓・心臓・血管の病気がある。
- ☐ 他にかかっている病気・今までにかかった病気がある。(病名： _____)
- ☐ てんかん・けいれんを起こしたことがある。
- ☐ 現在、他に服用中の薬がある。(薬名： _____)
- ☐ 妊娠中、または授乳中である。
- ☐ 過去に禁煙補助薬で体調不良を起こしたことがある。(薬名： _____)
- ☐ 業務上、車両を運転する機会がある。

※上記のすべての事項にご記入のうえ、当健康保険組合宛に社内便で原本をご送付いただくか、又は当健康保険組合のメールアドレス (kenkouhoken.kumiai@topcon.co.jp) までご送付ください。

トップコン健康保険組合			
常務理事	事務長		担当

トプコン診療所使用欄