**紹介・情報提供書**

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　先生

所在地

禁煙支援薬局名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　禁煙支援サポート薬剤師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL:　　　　　　　　　FAX:

日頃より大変お世話になっております。禁煙指導を希望されております

　　　　　　　　　　　　　　　　様をご紹介申し上げます。よろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）　男　・　女 |
| 連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 問診票の添付 | 有　・　無 |
| アレルギー歴 |  |
| 服用中の薬剤 |  |
| 特記事項 |  |