

記入日 年 月 日

20歳未満の者の禁煙相談票

氏名		男・女	学校名	小学校	年
		歳		中学校	
学校の連絡先 (TEL) 担当者	() 担当教諭名:		保護者の同意	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>
<p><報告・相談事項></p> <p>【基本事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喫煙開始時期(歳～ / 年前～ / 年 月～) ・喫煙のペース(1日 本/ 日に 本) ・禁煙希望の理由() ・禁煙の意志と意欲(強く希望 / 希望 / 自信がある / 自信がない) ・学校への出席(毎日出席、月に数日欠席、欠席が多い) ・家族の喫煙の有無(有<続柄: >/ 無) 					
紹介医療機関		日時	年 月 日 ()		