帳票５

禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で、____月____日より、禁煙することを宣言します。

_____年____月____日

患者氏名_____

担 当 医_____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者_____