

記入日 年 月 日

## 未成年者禁煙相談票

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"> <li>・喫煙開始時期( 歳～ / 年前～ / 平成 年 月～ )</li> <li>・喫煙のペース(1日 本 / 日に 本)</li> <li>・禁煙希望の理由( )</li> <li>・禁煙の意志と意欲( 強く希望 / 希望 / 自信がある / 自信がない )</li> <li>・学校への出席(毎日出席、月に数日欠席、欠席が多い)</li> <li>・家族の喫煙の有無( 有&lt;続柄: &gt; / 無 )</li> </ul>					
紹介 医療機関		日時	年	月	日 ( )