

第一種施設における受動喫煙防止対策状況調査(案)

施設の種類	病院・診療所・歯科医院・薬局	
施設名	施設所在地の市町村名	
回答者の職種	医師・歯科医師・薬剤師・看護師・歯科衛生士・事務職・その他()	
回答者の氏名	連絡先	

法施行(令和元年7月1日)後の敷地内禁煙の対応について貴施設の状況をご回答ください。

1 健康増進法が改正され、2019年7月より医療機関等の第一種施設は、原則敷地内禁煙が義務付けられました。必要な措置がとられた場合、屋外に喫煙場所を設置することができますとされています。(特定屋外喫煙場所) 貴施設の現状は以下のどれですか。
 あてはまる箇所を○をご記入ください。

特定屋外喫煙場所の設置について	無	→完全敷地内禁煙()年 月 より実施)	→3へ
	有	具体的な設置場所(建物の上、屋上等)	→2-1、2-2へ

2-1 特定屋外喫煙場所を設置している場合、受動喫煙防止のために、とられている措置に○をご記入ください。

①喫煙をすることができる場所が区画されている	
②喫煙をすることができる場所である旨を記載した標識を掲示する	
③第一種施設を利用する者が通常立ち入らない場所に設置	

特定屋外喫煙場所には、①～③の全ての措置が必要です。

2-2 屋外に喫煙場所を設置の場合、廃止できない理由は何ですか。あてはまるものを全てに○を、ご記入ください。

① 施設が複合施設であるため	
② 患者に喫煙者がいるため	
③ 職員に喫煙者がいるため	
④ 敷地・駐車場管理が難しいため	
⑤ その他()	

3 貴施設の職員の勤務時間中の喫煙についてお尋ねします。あてはまるもの1つに○をご記入ください。

勤務時間内の喫煙は禁止されている	()	年	月	より実施)
勤務時間内の喫煙は「自棄・節度ある喫煙」を呼びかけている	()	年	月	より実施)
勤務時間内の喫煙は禁止されていない	()			
勤務時間内の喫煙について規定はない	()			

4 貴施設は職員への禁煙支援を行っていますか(予定を含む)。どちらか1つに○をご記入ください。

はい	
いいえ	

具体的な内容()

5 貴施設におけるニコチン依存症管理料算定件数(平成31年1月～令和元年12月)をご記入ください。

ニコチン依存症管理料算定件	件
うち20歳未満	件

令和元年 月 日 () までに回答ください。

ご協力ありがとうございました。