

《全日本理美容健康保険組合》
ニコチネルパッチご使用前の確認票

氏名	年齢	性別
日中の連絡先		
TEL	E-mail	

本品は特に注意を要する医薬品です。

下記①～⑫について**必ずお知らせ**ください。

また、**[使用上の注意]**を必ずお読みいただき、ご不明な点がございましたら、弊社薬剤師まで電話もしくはメールにてご相談ください。お知らせの内容によって、弊社薬剤師よりご連絡をする場合があります。使用上の注意は株式会社アーテムホームページ(<http://a-tem.jp>)の医薬品検索システムで確認してください。



相談専用電話：0120-191-195

相談専用E-mail：kanegae-t@a-tem.jp

下記、はい・いいえに○印をつけてください

①	タバコを吸わない方	はい	いいえ
②	禁煙を行う意志のない方	はい	いいえ
③	他のニコチン含有製剤を使用している方	はい	いいえ
④	重い心臓病がある方 (3ヵ月以内に心筋梗塞の発作を起こした方、重い狭心症、または重い不整脈と診断された方)	はい	いいえ
⑤	急性期脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)と診断された方	はい	いいえ
⑥	妊婦の方、または妊娠の可能性がある方	はい	いいえ
⑦	授乳期間中の方	はい	いいえ
⑧	うつ病と診断されたことがある方	はい	いいえ
⑨	本剤又は本剤の成分によりアレルギー症状を起こしたことがある方	はい	いいえ
⑩	医師の治療を受けている。 「はい」と答えた方 疾患名	はい	いいえ
⑪	現在継続して使用している医薬品がある。 「はい」と答えた方 医薬品名	はい	いいえ
⑫	使用上の注意を確認しました。	はい	いいえ

※個人情報の取り扱いについて
確認票にご記入いただきました氏名などの個人情報につきましては、プライバシーポリシーに基づき厳重に管理をし、このキャンペーン以外の目的に使用することはございません。

(商品に関するお問合せ先)

株式会社アーテム

TEL 0120-191-195

9:00～17:00(土・日・祝日を除く)

《お申込みの流れ》
本確認票と「禁煙補助剤申込書」に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

薬剤師確認		薬剤師使用欄
-------	--	--------

《FAX送信先:全日本理美容健康保険組合》

FAX:03-5652-5757

※お客様の大事な情報です。番号のおかけ間違いのないよう、いま一度ご確認ください。