

(あて先) 松江市長

禁煙外来治療終了報告書

報告日 年 月 日

診断名 ニコチン依存症

上記について保険適応の禁煙治療を行い、____回の受診で禁煙治療を終了した
(禁煙に成功した) と医師の判断を受けましたので報告します。

受診医療機関名 _____

医師名 _____

報告者氏名 _____