コピー用

NO.	

患者番号	指導終了９か月後（指導開始から１年後）の状況 1週間禁煙：指導終了9か月後の調査時点で少なくとも1週間禁煙できた人 禁煙継続：指導終了時から指導終了9か月後調査までの期間、または指導中断時から今回の9か月後調査までの期間、禁煙を継続できた人	調査担当者 ※患者への調査を担当した方の職種に1つだけ○をつけてください。	調査日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日
	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・.看護師・保健師・事務職員 その他（　　）	平成 19 年 ___月___日