

記入日 _____

たばこアンケートにご協力をお願いします。

岩手県立宮古病院 院長 永井 謙一

お名前 _____ 性別（男・女）年齢 _____ 歳

次の□に数字かを入れて下さい。

- 1.お住まい： 宮古市 田老町 岩泉町 新里村
 山田町 田野畑村 川井村 他

2. あなたは普段タバコを吸いますか。

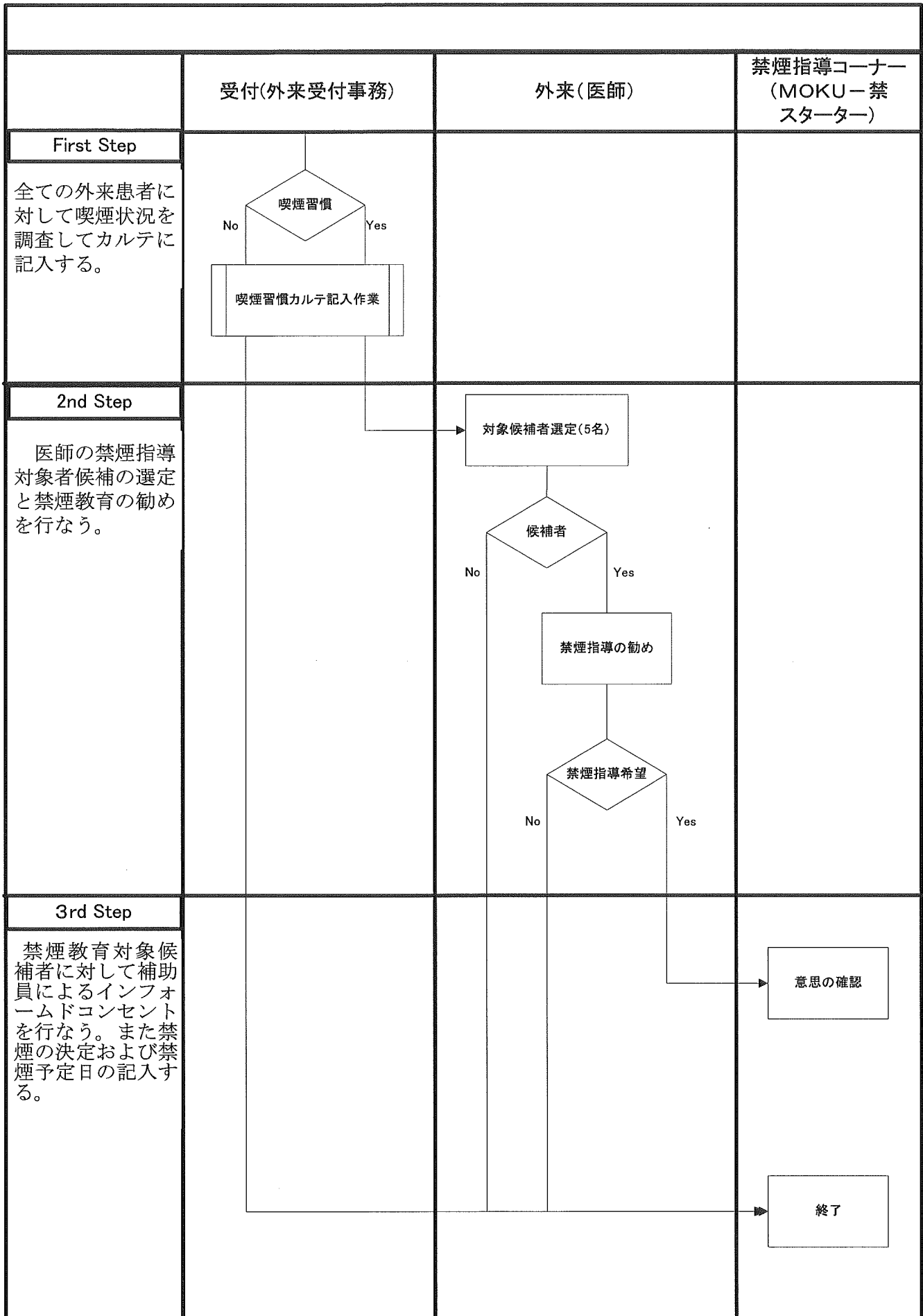
(はい 一日 本位。 いいえ)

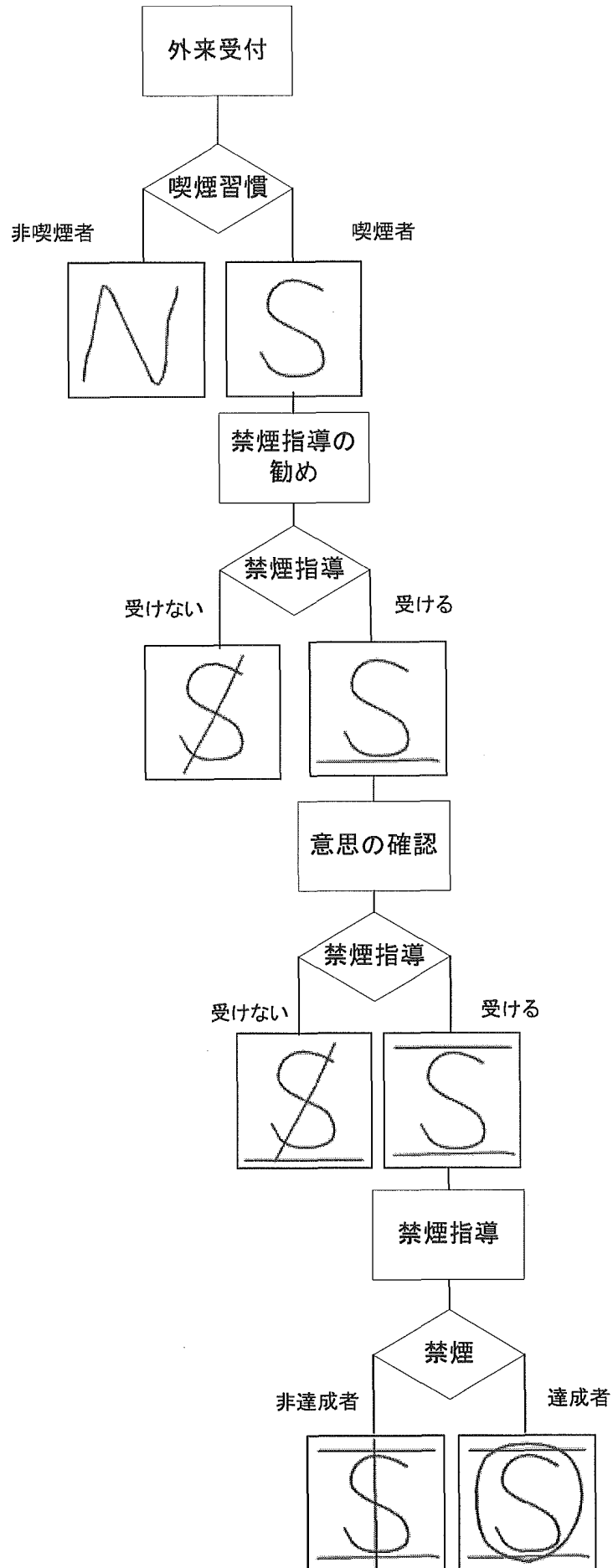
以下の質問はタバコを吸う方にお尋ねします。

3. あなたは禁煙についてどう思いますか。

- 関心がない。
- 関心はあるが、この6ヶ月以内に禁煙しようとは思わない。
- 6ヶ月以内に禁煙しようと思うが、この1ヶ月以内に禁煙しようとは考えていない。
- この1ヶ月以内に禁煙したい。

ご協力ありがとうございました。





1. あなたはたばこを吸い続けたら体に悪くなることがあると思いませんか。
2. あなたはタバコをやめた方がいい。
3. 今回の禁煙週間を機会にやめてみませんか。
4. 一人でやめるより手伝ってもらほうがタバコをやめやすいです。

そこで私ども宮古病院と地元保健センターそして岩手医大が禁煙のお手伝いをしています。いかがですか？

7010204B v1.05 連絡票
(保健(福祉)センター控)

平成14年 月 日

() 保健(福祉)センター 御中

「やってMINT、やめるHINT」
禁煙教育希望者ご紹介(連絡票)

当病院を受診されました_____様が、本日
禁煙教育の個別健康教育の初回指導を終了しました。禁煙開始予
定日は 年 月 日です。つきましては今後の指導
をよろしくお願いいたします。

岩手県立宮古病院

科 医師 _____

備考欄:「おたよりその1」は(渡しています・渡していません)

平成14年 月 日

() 保健(福祉)センター 御中

「やってMINT、やめるHINT」
禁煙教育希望者ご紹介(連絡票)

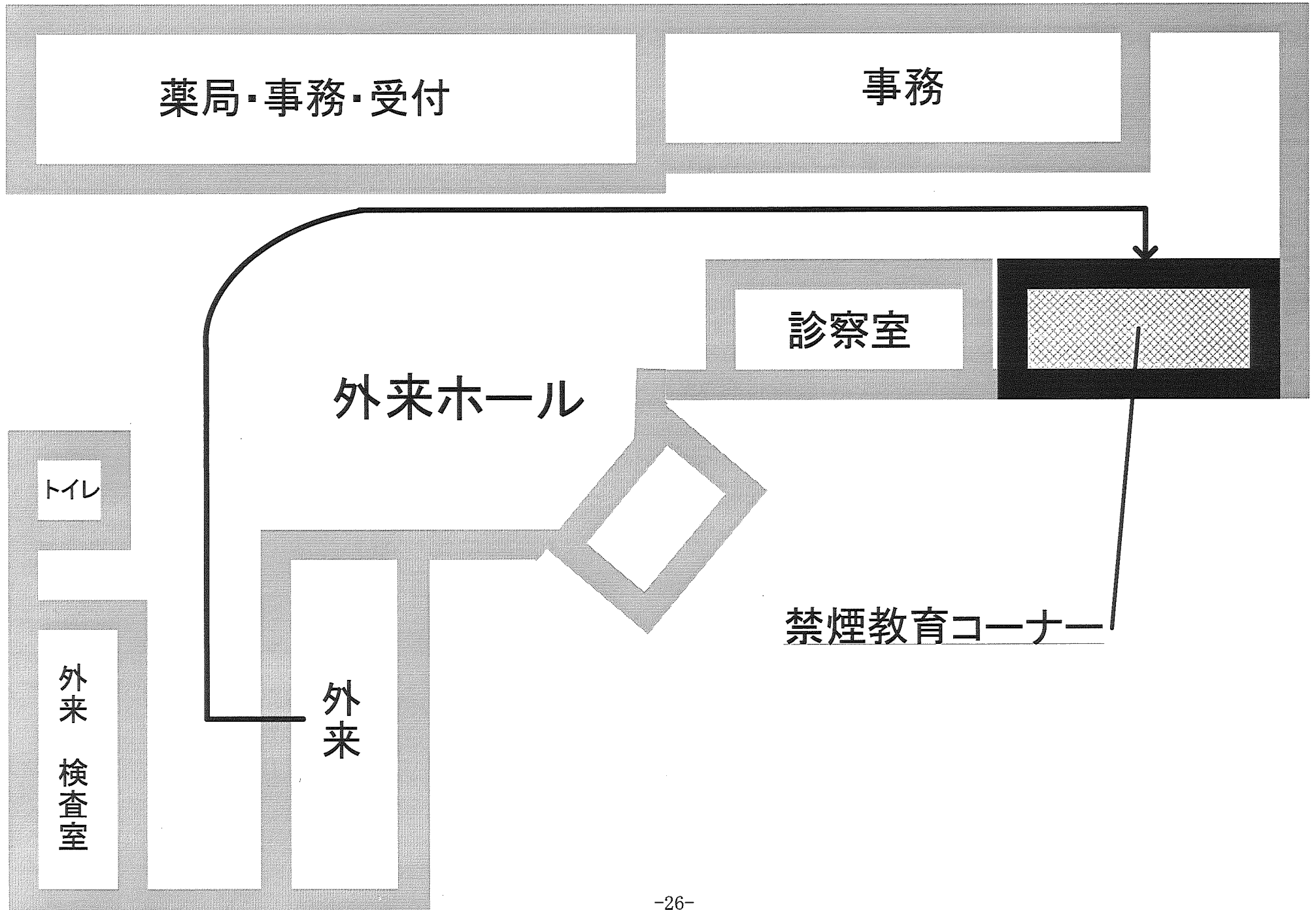
当病院を受診されました _____様が、本日
禁煙教育の個別健康教育の初回指導を終了しました。禁煙開始予
定日は 年 月 日です。つきましては今後の指導
をよろしくお願いいたします。

岩手県立宮古病院

科 医師 _____

備考欄：「おたよりその1」は(渡しています・渡していません)

< 禁煙教育コーナーのご案内 >



たばこのやめ方 体験してみませんか

禁煙したい

禁煙したけど失敗した

そんなあなたにぴったりです！！

—MOKU—KIN スターターのお手伝い—

- ・楽しいポスターや、ためになるパンフレットを使って禁煙のコツを目指します。
- ・たばこを吸いたいときの対処法が分かります。
- ・困ったときはファックスや電話相談でアフターケア万全
- ・禁煙できたかどうかは秘密厳守

お試し禁煙体験してみませんか

岩手県立宮古病院
禁煙スターター

禁煙教育をお申し込みになる方へ

岩手県立宮古病院 永井 謙一

この度、あなたは岩手県立宮古病院の勧めで禁煙教育を受け、禁煙にチャレンジすることになりました。正式に申し込む前にいくつかご説明させていただきます。

～禁煙教育の内容～

- 1.喫煙状況のアンケートを行ないます。
- 2.禁煙教育を受ける場所（岩手県立宮古病院またはお住まいの町村の保健センター）を決めます。
- 3.禁煙スケジュールの説明を行ないます。
- 4.禁煙準備手帳を渡します。
- 5.禁煙支援センター（お住まいの町村の保健センター）および岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座に登録され、電話や文書による支援を行ないます。
- 6.禁煙成功者には市町村保健（福祉）センターより表彰状をお渡しします。従いましてその場合には保健（福祉）センターにおいて頂くことがありますのでご了承下さい。
- 7.禁煙成功者には禁煙アドバイザーになって頂くことがございます。もちろん禁煙アドバイザーになって頂くことを拒否することは可能です。

～私たちのお約束～

- 1.あなたの禁煙の達成についての結果は決して公表しません。
- 2.一度禁煙教育を申し込まれた後でも、いつでも禁煙教育を中止することができます。
- 3.あなたの禁煙教育の経過についての記録を研究目的で以下の施設が使用、公表する場合があります。
 - ・岩手県立宮古病院
 - ・お住まいの町村の保健センター
 - ・岩手医科大学 第三内科学講座、衛生学公衆衛生学講座、産婦人科学講座および小児科学講座しかし、あくまで集計し解析したデータを使用します。従いまして本人が特定できるような形式での公表はいたしません。

以上のことを納得して頂いた上で申し込み下さい。

岩手県立宮古病院長 殿

(保健 (福祉) センター控)

禁煙教育申込書

私は禁煙の個別指導を受講することについて様々なテキストを用いた無理のない方法であることを説明を受け、理解しました。また、禁煙が成功した場合、禁煙アドバイザーとなることを要請されることもあり、その場合私の事情で断ることができることの説明を受け、理解しました。禁煙教育の経過および結果について岩手県立宮古病院、地元保健福祉課および「医療機関と市町村保健センターの連携による喫煙対策の有効性に関する研究」研究班において集計されたデータとして利用することがあるとの説明を受け理解しました。また、健康教育実施期間中でも事情により継続して参加できなくなっても不利益を受けないことも説明を受けました。

以上の内容を理解した上で岩手県立宮古病院と私が居住する地域の保健福祉課および岩手医大の連携による「禁煙の個別指導」を希望します。

お申し込み日 平成_____年_____月_____日

氏名 _____ (ID : _____)

生年月日 大正・昭和 _____年_____月_____日 生

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

指導希望場所 ・岩手県立宮古病院 ・地元保健 (福祉) センター
(ご予約日 _____ 月 _____ 日 : _____)

岩手県立宮古病院 _____ 科 紹介医師名 _____

<お問い合わせ先>

岩手県立宮古病院 〒027-0096 宮古市大字崎鉾ヶ崎 1-11-26 担当 小山田三枝 電話番号 0193-62-4011 岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座 小栗重統 〒020-8505 盛岡市内丸 19-1 電話番号 019-651-5111 (3373)
--

岩手県立宮古病院長 殿

(病院控)

禁煙教育申込書

私は禁煙の個別指導を受講することについて様々なテキストを用いた無理のない方法であることを説明を受け、理解しました。また、禁煙が成功した場合、禁煙アドバイザーとなることを要請されることもあり、その場合私の事情で断ることができることの説明を受け、理解しました。禁煙教育の経過および結果について岩手県立宮古病院、地元保健福祉課および「医療機関と市町村保健センターの連携による喫煙対策の有効性に関する研究」研究班において集計されたデータとして利用することがあるとの説明を受け理解しました。また、健康教育実施期間中でも事情により継続して参加できなくなっても不利益を受けないことも説明を受けました。

以上の内容を理解した上で岩手県立宮古病院と私が居住する地域の保健福祉課および岩手医大の連携による「禁煙の個別指導」を希望します。

お申し込み日 平成_____年_____月_____日

氏名 _____ (ID : _____)

生年月日 大正・昭和 _____年_____月_____日 生

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

指導希望場所 ・岩手県立宮古病院 ・地元保健(福祉)センター
(ご予約日 _____月_____日 : _____)

岩手県立宮古病院 _____科 紹介医師名 _____

<お問い合わせ先>

岩手県立宮古病院 〒027-0096 宮古市大字崎鍬ヶ崎 1-11-26 担当 小山田三枝 電話番号 0193-62-4011 岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座 小栗重統 〒020-8505 盛岡市内丸 19-1 電話番号 019-651-5111 (3373)
--

岩手県立宮古病院長 殿

(本人控)

禁煙教育申込書

私は禁煙の個別指導を受講することについて様々なテキストを用いた無理のない方法であることを説明を受け、理解しました。また、禁煙が成功した場合、禁煙アドバイザーとなることを要請されることもあり、その場合私の事情で断ることができることの説明を受け、理解しました。禁煙教育の経過および結果について岩手県立宮古病院、地元保健福祉課および「医療機関と市町村保健センターの連携による喫煙対策の有効性に関する研究」研究班において集計されたデータとして利用することがあるとの説明を受け理解しました。また、健康教育実施期間中でも事情により継続して参加できなくなっても不利益を受けないことも説明を受けました。

以上の内容を理解した上で岩手県立宮古病院と私が居住する地域の保健福祉課および岩手医大の連携による「禁煙の個別指導」を希望します。

お申し込み日 平成_____年_____月_____日

氏名 _____ (ID : _____)

生年月日 大正・昭和 _____年_____月_____日 生

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

指導希望場所 ・岩手県立宮古病院 ・地元保健(福祉)センター
(ご予約日 _____月 _____日 : _____)

岩手県立宮古病院 _____科 紹介医師名 _____

<お問い合わせ先>

岩手県立宮古病院 〒027-0096 宮古市大字崎鍬ヶ崎 1-11-26 担当 小山田三枝 電話番号 0193-62-4011 岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座 小栗重統 〒020-8505 盛岡市内丸 19-1 電話番号 019-651-5111 (3373)
--

2002年10月

2002年10月						
日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) 1 : 2) : 3) : 4) :	1) 2 : 2) : 3) : 4) :	1) 3 : 2) : 3) : 4) :	1) 4 : 2) : 3) : 4) :	1) 5 : 2) : 3) : 4) :
1) 6 : 2) : 3) : 4) :	1) 7 : 2) : 3) : 4) :	1) 8 : 2) : 3) : 4) :	1) 9 : 2) : 3) : 4) :	1) 10 : 2) : 3) : 4) :	1) 11 : 2) : 3) : 4) :	1) 12 : 2) : 3) : 4) :
1) 13 : 2) : 3) : 4) :	1) 14 : 2) : 3) : 4) :	1) 15 : 2) : 3) : 4) :	1) 16 : 2) : 3) : 4) :	1) 17 : 2) : 3) : 4) :	1) 18 : 2) : 3) : 4) :	1) 19 : 2) : 3) : 4) :
1) 20 : 2) : 3) : 4) :	1) 21 : 2) : 3) : 4) :	1) 22 : 2) : 3) : 4) :	1) 23 : 2) : 3) : 4) :	1) 24 : 2) : 3) : 4) :	1) 25 : 2) : 3) : 4) :	1) 26 : 2) : 3) : 4) :
1) 27 : 2) : 3) : 4) :	1) 28 : 2) : 3) : 4) :	1) 29 : 2) : 3) : 4) :	1) 30 : 2) : 3) : 4) :	1) 31 : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	

2002 年 11 月

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
:	:	:	:	:	:	:
2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
:	:	:	:	:	:	:
3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
:	:	:	:	:	:	:
4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
:	:	:	:	:	:	:
3	4	5	6	7	8	9
1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
:	:	:	:	:	:	:
2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
:	:	:	:	:	:	:
3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
:	:	:	:	:	:	:
4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
:	:	:	:	:	:	:
10	11	12	13	14	15	16
1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
:	:	:	:	:	:	:
2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
:	:	:	:	:	:	:
3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
:	:	:	:	:	:	:
4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
:	:	:	:	:	:	:
17	18	19	20	21	22	23
1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
:	:	:	:	:	:	:
2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
:	:	:	:	:	:	:
3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
:	:	:	:	:	:	:
4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
:	:	:	:	:	:	:
24	25	26	27	28	29	30
1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
:	:	:	:	:	:	:
2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
:	:	:	:	:	:	:
3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
:	:	:	:	:	:	:
4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
:	:	:	:	:	:	:

2002 年 12 月

2002 年 12 月						
日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
1	2	3	4	5	6	7
1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :
8	9	10	11	12	13	14
1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :
15	16	17	18	19	20	21
1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :
22	23	24	25	26	27	28
1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :
29	30	31				
1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :	1) : 2) : 3) : 4) :
:	:	:	:	:	:	:

紹介病院 ID (5桁) +市町村 ID (3桁) +禁煙教育希望者順序番号 ID (3桁) +性別 ID (1桁) +イニシャル ID (2桁) とする。合計 14 桁となる。

1. 紹介病院 ID のつけ方

宮古病院 20201
新里村診療所 48601
済生会岩泉病院 48301
田老町病院 48101

2. 市町村 ID のつけ方

宮古市 202
新里村 486
岩泉町 483
田老町 481

3. 禁煙教育希望者順序番号 ID のつけ方

その紹介病院で何番目に禁煙教育を希望した患者かで決定する。患者の居住地には依存しない。

4. 性別 ID のつけ方

男性 1
女性 2

5. イニシャル ID のつけ方

姓、名前を大文字一字ずつ

例)

ある日の禁煙教育希望者の一人目が県立宮古病院の中で紹介された岩泉市居住する禁煙教育希望者順序 23 番目にあたる田中勝一さん男性、二人目が同じく新里村に居住する禁煙教育希望者順序 24 番目にあたる南民子さん女性に ID をそれぞれ付けるとすると、

田中勝一さんは

202014830231TS

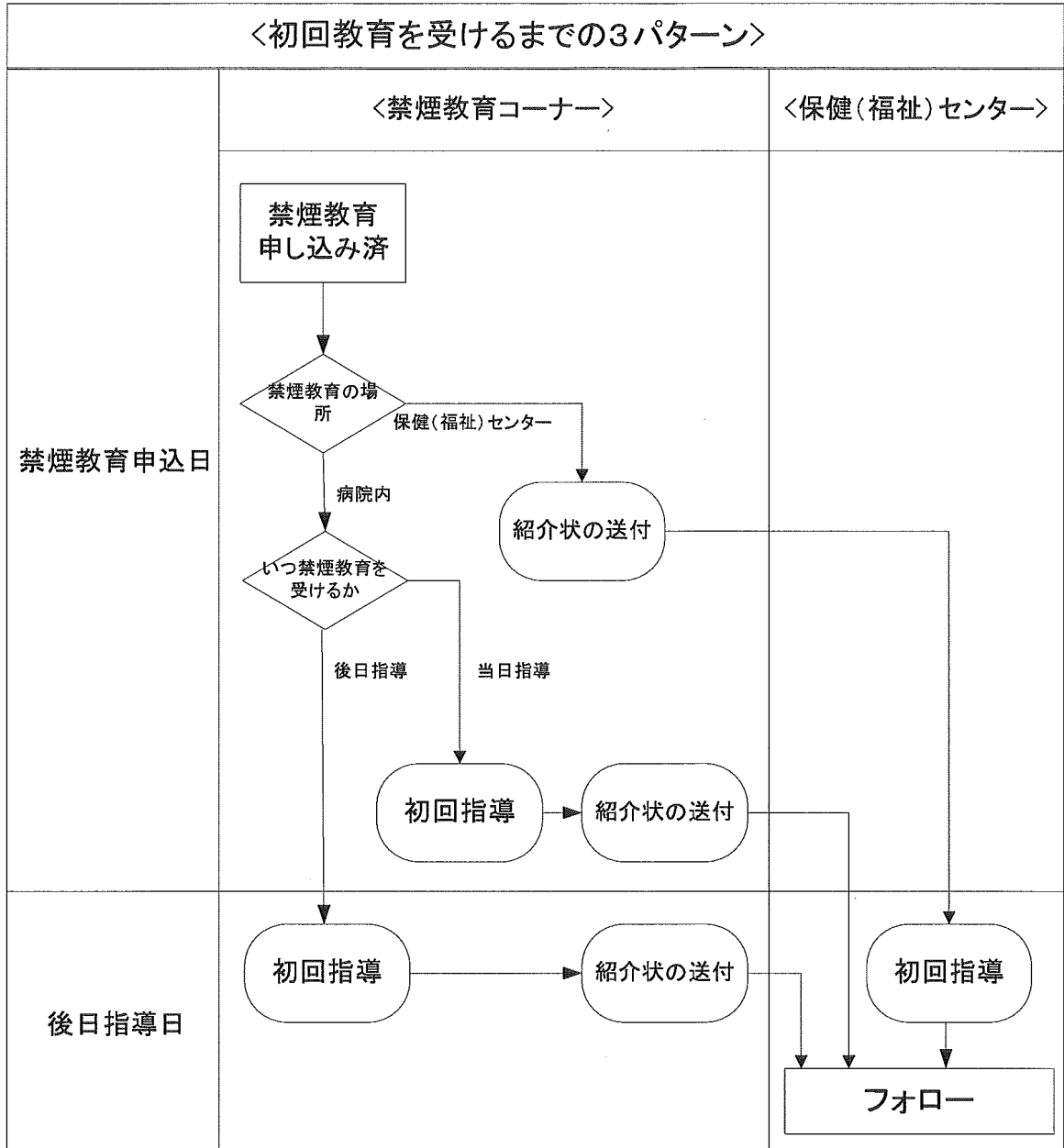
南民子さんは

20201483024MT

となる。

禁煙参加者管理台帳

教材名						初回指導日	禁煙宣言日	禁煙3日前		禁煙3日後		初回指導1ヶ月後				初回指導2ヵ月後				初回指導3ヵ月後		
								おたよりその1	おたよりその2	禁煙状況に関する調査票1	督促状1↓調査票送付1週間後	継続者↓おたよりその3	未開始者↓おたよりその4	禁煙状況に関する調査票2	督促状2↓調査票送付1週間後	継続者↓おたよりその5	未開始者↓おたよりその5	健康意識に関する調査票	督促状3↓調査票送付1週間後	禁煙教育終了の礼状		
NO.	対象ID	氏名	〒	住所	TEL	送付日付	送付日付	日付	返却有無	送付日付	送付日付	送付日付	日付	返却有無	送付日付	送付日付	送付日付	日付	返却有無	送付日付	送付日付	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						



禁煙達成状況のお知らせ

岩手県立宮古病院

小山田三枝 様

いつも大変お世話になっております。

禁煙教育の個別健康教育達成状況についてお知らせします。

	1	2	3	4
対象者名				
対象者ID				
禁煙開始日	____月____日	____月____日	____月____日	____月____日
禁煙継続期間	約____日	約____日	約____日	約____日
禁煙達成				
根拠				

ただし、

禁煙達成： 禁煙達成者 ○ 禁煙未達成者 ×

根拠： 自己申告1、スモーカーライザー2、および尿中ニコチンテスト3
となります。

ご紹介ありがとうございました。

____年 ____月 ____日

____保健（福祉）センター

地元保健センターお問い合わせ先

	市町村					
	担当窓口	場所	TEL	FAX	〒	住所
宮古市	山内良子	保健センター	0193-64-0111	0193-64-5464	027-0082	宮古市向町4-12
岩泉町	杉山淳子	保健福祉課	0194-22-2111	0194-22-3562	027-0501	岩泉町岩泉字惣畑59-6
田老町	山本泉	保健福祉課	0193-87-2974	0193-87-3667	027-0301	田老町字館が森129-2
新里村	芳賀美佳	新里村保健センター	0193-72-3500	0193-72-3502	028-2101	新里村大字茂市1-115-4
川井村	小栗重統	岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座	019-651-5111 (3373)	019-623-8870	020-8505	盛岡市内丸19-1
田野畑村						
山田町						