（様式第４号）

禁煙サポートプログラム（禁煙治療）参加申込書

●●年●●月●●日

東京都家具健康保険組合 健康管理課　宛

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  | 事業所記号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 ･ FAX | ☎　　　　（　　　　）　 | FAX　　　　（　　　　）　　　　 |
| E-mail |  |
| 担当者氏名 |  |
| 禁煙治療の希望者 | 1 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 2 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 3 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 4 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 5 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 6 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 7 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 8 | 氏名 | 年齢　　　　歳 | 保険証の番号 |
| 電話番号　☎　　　　（　　　　） | 希望使用薬剤（〇を付ける→） ~~チャンピックス~~ ・ ニコチネルTTS |
| 初回診察 | 希望日時 | 第一希望 | 年　　月　　日（　） 　　：　　～　　：　　（　　分） |
| 第二希望 | 年　　月　　日（　） 　　：　　～　　：　　（　　分） |
| 第三希望 | 年　　月　　日（　） 　　：　　～　　：　　（　　分） |
| 診察する医療機関 ／ 東京都家具健康保険組合付属診療所（東京都文京区湯島3-24-5 家具健保会館３階）診察する医師 ／ 嘱託医（非常勤）２名診察日・時間 ／ 原則第1・3火曜日、第2・4金曜日 午後1時30分～4時30分　※事前に電話予約が必要です。 |

次のとおり禁煙サポートプログラム（禁煙治療）の参加を申し込みます。

※　お申し込み時に次のご確認をお願い致します。

１．お打ち合わせにつきましては、原則、お電話やメールにてお願い致します。

２．禁煙治療の希望者には、禁煙サポートプログラム（禁煙治療）をご理解の上でお申し込みいただくようお願いします。

３. 遠方等の理由により家具健保会館内診療所に通院が困難な場合、２回目以降の診察は、パソコンやスマートフォンの

ビデオ通話による遠隔診療行います。※初回診察はご来院いただきます。

４．禁煙治療で用いる薬は当組合が直接お渡しします。遠隔診療の方は事業所へまとめて送付します。

**５．禁煙治療薬の入荷状況に応じて開催いたします。現在、禁煙治療薬チャンピックス（ファイザー㈱）は入荷未定です。**

（禁煙治療を希望される方は必ずお読みください）

（様式第４号の別紙）

**禁煙サポートプログラム(禁煙治療)について**

**（※禁煙治療薬の入荷状況に応じて開催いたします。現在チャンピックス（ファイザー㈱）は入荷未定です。）**

１．スケジュール

　　標準的な禁煙治療は、12週間にわたり合計5回の診察が行われます。

　　　※ 5回の診察は、❶初診日、❷初診日の2週後、❸初診日の4週後、❹初診日の8週後、❺初診日の12週後に

 　行われます。

２．治療内容

　　禁煙治療では、診察時に次のようなことを行います。また、診療時間はお一人につき10～15分間程度かかります。

　　①診察

②禁煙実行・継続に向けてのアドバイス

③禁煙治療薬および制吐薬の処方

※1 禁煙治療薬はチャンピックス（ファイザー㈱）または、ニコチネルTTS（グラクソ・スミスクライン・コンシューマー・ヘルスケア・ジャパン㈱）よりお選びいただきます。

※2 チャンピックス使用の場合、診察後の処方する薬には、禁煙治療薬のほかに吐き気を抑える薬（制吐薬）も一緒に処方してお出しします。

３．費用

(1) チャンピックス使用の場合

①プログラム参加費として一人当たり12,380円（薬剤費の3割）を初診後にお支払いいただきます。（※1、2、3）

②治療薬の服用を終了した日から3ヶ月経過後も禁煙が続いていて禁煙成功と認められると参加費の3分の2（8,253円）の還付をいたします。（※4、5、6）

　(2) ニコチネルTTS使用の場合

①プログラム参加費として一人当たり6,330円（薬剤費の3割）を初診後にお支払いいただきます。（※1、3）

②治療薬の貼付を終了した日から4ヶ月経過後も禁煙が続いていて禁煙成功と認められると参加費の3分の2（4,220円）の還付をいたします。（※4、5、6）

※1プログラム参加費は、治療期間中に服用する治療薬とチャンピックス使用の場合は吐き気を抑える薬（制吐薬）の費用が含まれています。

※2制吐薬等が追加で処方された場合は、その薬剤費の自己負担分（3割）を追加でお支払いいただきます。

※3通常、保険証を使い病院等で禁煙治療を受けると自己負担額（3割負担）はチャンピックス使用の場合20,000円程度、ニコチネルTTS使用の場合13,000円程度かかりますが、当診療所は、初(再)診料、ニコチン依存症管理料、処方せん料及び調剤料は不要で、薬剤費の自己負担額のみいただいくこととしております。

※4還付は、治療薬の服用（貼付）を終了した日からチャンピックス使用の場合は3ヶ月、ニコチネルTTS使用の場合は4ヵ月経過後の時点で被保険者の資格がある方のみが受けられます。

※5還付申請書は、禁煙成功報告書を添付して東京都家具健康保険組合に必ず届くように提出してください。

※6予定した治療薬の服用（貼付）を終了する前に医師が診察し、服用（貼付）が不要（治療終了）とされた方又は服用（貼付）中止（治療中止）を指示された方には、未処方薬剤分の費用を返還いたします。自己都合により途中で治療を辞められた方の未処方薬剤分は返還されません。

４．禁煙サポーターによる支援

　　このプログラムの実効性を高めるとともに、還付の要件である継続禁煙を確認するため、禁煙サポーターの選任をお願いします。

　　禁煙サポーターには、プログラム参加者が治療薬の服用中に禁煙しているか、服用が終了した日から3カ月経過後も禁煙が続いているかを確認し、証明していただきます。なお、サポーターの選任は原則、健康保険委員からお願いします。

５．その他

(1) 予約診察制について

診察は予約制です。診療日時は、原則第1・3火曜日、第2・4金曜日の午後1時30分から午後4時30分です。

なお、遠方等の理由により家具健保会館内診療所に通院が困難な場合、２回目以降の診察は、パソコンやスマートフォンのビデオ通話による遠隔診療行います。※初回診察はご来院いただきます。

(2) チャンピックス使用の場合の製薬会社から示されている服用にあたっての注意について

このプログラムで用いる治療薬のうち、ファイザー株式会社が販売するチャンピックスについて、ファイザー株式会社から示されている服用にあたっての注意は以下のとおりですので、禁煙治療の申込にあたり参考にしてください。

①次の症状があらわれた場合は、服用を中止し、主治医にご相談ください。

・禁煙は治療の有無にかかわらず様々な症状（気分が落ち込む、あせりを感じる、不安を感じる、死んでしまいたいと感じる等）を伴うことが報告されています。この薬を服用中にこのような症状があらわれたら、服用を中止し主治医にご相談ください。なお、もともとこのような症状がある方には、参加はご遠慮いただいております。

②自動車の運転などは、しないでください。

・チャンピックスを服用後に、めまい、眠気、意識障害等の症状があらわれ、自動車事故に至った報告があります。事故をふせぐため、自動車の運転など危険を伴う機械の操作はしないでください。

③他の禁煙補助薬との併用は、しないでください。

　　　・ニコチンを含んだ禁煙補助薬（ニコチン製剤）との併用はしないでください。

④次の場合、服用前に主治医へ申し出てください。

　　　・以前に薬を飲んでかゆみや発疹などのアレルギー症状が出たことがある　・他に服用中の薬がある

　　　・精神疾患がある　・腎臓の病気がある　・妊娠中又は授乳中である　・未成年者である

⑤主な副作用

　　　チャンピックスを服用中に次のような副作用があらわれることがあります。吐き気などをおこしにくくするために、必ず食後にコップ１杯程度の水またはぬるま湯を服用してください。

　　　・吐き気　・頭痛　・上腹部痛　・便秘　・お腹のはり　・普段と違う夢を見る　・不眠

（3）ニコチネルTTS使用の場合の製薬会社から示されている服用にあたっての注意について

このプログラムで用いる治療薬のうち、グラクソ・スミスクライン・コンシューマー・ヘルスケア・ジャパン株式会社が販売するニコチネルTTSについて、服用にあたっての注意は以下のとおりですので、禁煙治療の申込にあたり参考にしてください。

①次の場合、服用前に主治医に相談してください。

　　　・狭心症が悪化していたり、最近心筋梗塞の発作を起こしたことがある　・ひどく脈が不規則である

　　・最近、脳卒中を起こしたことがある　・妊娠中、妊娠している可能性がある、または授乳中である

・過去にタバコやニコチンでアレルギー症状を起こしたことがある

②ニコチネルTTSの使用期間中は喫煙をしないでください。

この薬を貼っているときに喫煙すると、過量のニコチンが摂取される可能性があり、頭痛、めまい、吐き気などの副作用があらわれる恐れがあります。

　　③副作用と対処法

不眠、寝つきが悪い、悪夢を見る等の症状が現れた場合は、薬の貼り替えを朝にする、薬のサイズを小さいものに貼り替える、症状が軽度の場合就寝前に薬をはがすようにしてください。

次の症状が現れた場合、薬をはがして使用を中止し、主治医に連絡してください。

　　　・激しいかゆみや発疹などの皮膚症状　・頭痛、めまい ・眠れなくなる ・体がだるい ・吐き気

　　④他にも何かの体の不調を感じたら、主治医に相談してください。

・ニコチネルTTSを貼った部位に軽度の発赤やかゆみが発現することがあります。

・この薬を中止後しばらくしてから、喫煙したり禁煙補助剤を使用してニコチンを再度摂取した場合に発疹等が現れる能性があります。