

# 禁煙補助薬(ニコチンガム製剤) 申込書

健保組合ではニコチンガム製剤を提供し、禁煙チャレンジを支援しています。ニコチンガム製剤は医薬品ですので、下記項目をよく読んだ上でお申込みください。

■対象	喫煙者である被保険者
■利用回数	1人につき年1回(4月～翌年3月)
■提供物	ニコチネルスペアミント50個
■申込時期	随時(毎月末締め、翌月中旬ごろに送付します)
■申込先	LIXIL健康保険組合(〒141-0033 東京都品川区西品川1-1-1 大崎ガーデンタワー19階) ※メールでの申込みは不可

禁煙補助薬 ニコチネルスペアミント 第②類医薬品 製品情報

## 使用上の注意

### 【してはいけないこと】

守らないとお持ちの病状が悪化したり、副作用が起こりやすくなります。チェックしてご確認ください。

- 次の人は使用しないでください。
  - 1) 非喫煙者[タバコを吸ったことのない人及び現在タバコを吸っていない人]  
(吐き気、めまい、腹痛などの症状があらわれることがあります。)
  - 2) すでに他のニコチン製剤を使用している人
  - 3) 妊娠または妊娠していると思われる人
  - 4) 重い心臓病を有する人
  - 5) 3ヶ月以内に心筋梗塞の発作を起こした人
  - 6) 重い狭心症又は重い不整脈と医師に診断された人
  - 7) 急性期脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)と医師に診断された人
  - 8) うつ病と診断されたことがある人(禁煙時の離脱症状により、うつ症状を悪化させることがあります。)
  - 9) 本剤又は本剤の成分によるアレルギー症状(発疹・発赤、かゆみ、浮腫等)を起こしたことがある人
  - 10) あごの関節に障がいのある人
- 授乳中の方は本剤を使用しないか、本剤を使用する場合は授乳を避けてください。  
(母乳中に移行し、乳児の脈が速まることが考えられます。)
- 本剤を使用中及び使用直後は、次のことはしないでください。  
(吐き気、めまい、腹痛などの症状があらわれることがあります。)  
①ニコチンパッチ製剤の使用 ②喫煙
- 6ヶ月を超えて使用しないでください。

### 【相談すること】

次の人は、本剤を使用する前に医師、歯科医師、薬剤師又は登録販売者に相談してください。

- 現在、医師又は歯科医師による治療を受けている人
- 他の薬を使用している人(薬の作用に影響を与えることがあります。)
- 高齢者及び20才未満の人
- 薬によりアレルギー症状を起こしたことがある人
- 腹痛、胸痛、口内炎、のどの痛み・はれ等の症状がある人
- 医師から次の診断を受けた人  
心臓疾患(心筋梗塞、狭心症、不整脈)、脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)、  
末梢血管障害(バージャー病等)、高血圧、甲状腺機能障害、褐色細胞腫、  
糖尿病(インスリン製剤を使用している人)、咽喉炎、食道炎、胃・十二指腸潰瘍、肝臓病、腎臓病  
(症状を悪化させたり、現在使用中の薬の作用に影響を与えることがあります。)

本剤ご使用の前に必ず同梱の添付文書の用法・用量、用法関連注意等をご確認ください。

LIXIL健康保険組合 御中

上記、使用上の注意を確認しましたので、禁煙補助薬(ニコチンガム製剤)を申し込みます。

被保険者 保険証記号・番号 ー 令和 年 月 日  
氏名

[送付先]

宛名	〒 ー	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社
送付先住所	〒 ー		

※記載いただいた住所に委託業者(白石薬品株式会社)より直送いたします。

LIXIL健康保険組合

医薬品販売業者 白石薬品株式会社 〒567-0005 茨木市五日市1-10-33  
店舗 店舗管理者:西田 正(登録販売者)  
TEL:072-645-4666(月～金 9:00～17:00)

## (記入例) 禁煙補助薬(ニコチンガム製剤) 申込書

健保組合ではニコチンガム製剤を提供し、禁煙チャレンジを支援しています。ニコチンガム製剤は医薬品ですので、下記項目をよく読んでからお申込みください。

■対象	喫煙者である被保険者
■利用回数	1人につき年1回(4月～翌年3月)
■提供物	ニコチネルスペアミント50個、
■申込時期	随時(毎月末締め、翌月中旬ごろに送付します)
■申込先	LIXIL健康保険組合(〒141-0033 東京都品川区西品川1-1-1 大崎ガーデンタワー19階) ※メールでの申込みは不可

禁煙補助薬 ニコチネルスペアミント 第②類医薬品 製品情報

### 使用上の注意

#### 【してはいけないこと】

守らないとお持ちの病状が悪化したり、副作用が起こりやすくなります。チェックしてご確認ください。

- 次の人は使用しないでください。
  - 1) 非喫煙者[タバコを吸ったことのない人及び現在タバコを吸っていない人]  
(吐き気、めまい、腹痛などの症状があらわれることがあります。)
  - 2) すでに他のニコチン製剤を使用している人
  - 3) 妊娠または妊娠していると思われる人
  - 4) 重い心臓病を有する人
  - 5) 3ヶ月以内に心筋梗塞の発作を起こした人
  - 6) 重い狭心症又は重い不整脈と医師に診断された人
  - 7) 急性期脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)と医師に診断された人
  - 8) うつ病と診断されたことがある人(禁煙時の離脱症状により、うつ症状を悪化させることがあります。)
  - 9) 本剤又は本剤の成分によるアレルギー症状(発疹・発赤、かゆみ、浮腫等)を起こしたことがある人
  - 10) あごの関節に障がいのある人
- 授乳中の方は本剤を使用しないか、本剤を使用する場合は授乳を避けてください。  
(母乳中に移行し、乳児の脈が速まることが考えられます。)
- 本剤を使用中及び使用直後は、次のことはしないでください。  
(吐き気、めまい、腹痛などの症状があらわれることがあります。)  
①ニコチンパッチ製剤の使用 ②喫煙
- 6ヶ月を超えて使用しないでください。

#### 【相談すること】

次の人は、本剤を使用する前に医師、歯科医師、薬剤師又は登録販売者に相談してください。

- 現在、医師又は歯科医師による治療を受けている人
- 他の薬を使用している人(薬の作用に影響を与えることがあります。)
- 高齢者及び20才未満の人
- 薬によりアレルギー症状を起こしたことがある人
- 腹痛、胸痛、口内炎、のどの痛み・はれ等の症状がある人
- 医師から次の診断を受けた人  
心臓疾患(心筋梗塞、狭心症、不整脈)、脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)、  
末梢血管障害(バージャー病等)、高血圧、甲状腺機能障害、褐色細胞腫、  
糖尿病(インスリン製剤を使用している人)、咽喉炎、食道炎、胃・十二指腸潰瘍、肝臓病、腎臓病  
(症状を悪化させたり、現在使用中の薬の作用に影響を与えることがあります。)

本剤ご使用の前に必ず同梱の添付文書の用法・用量、用法関連注意等をご確認ください。

LIXIL健康保険組合 御中

上記、使用上の注意を確認しましたので、禁煙補助薬(ニコチンガム製剤)を申し込みます。

令和 ○○年 ○○月 ○○日  
被保険者 保険証記号・番号 131 - XXXXX  
氏名 健保太郎

[送付先]

宛名	健保太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社
送付先住所	〒 136 - ○○○○ 東京都江東区大島○-○-○		

※記載いただいた住所に委託業者(白石薬品株式会社)より直送いたします。

LIXIL健康保険組合

医薬品販売業者 白石薬品株式会社 〒567-0005 茨木市五日市1-10-33  
店舗 店舗管理者:西田 正(登録販売者)  
TEL:072-645-4666(月～金 9:00～17:00)