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）（※メールでの申込みは不可）
■申込先	LIXIL健康保険組合 （〒141-0033 東京都品川区西品川1-1-1 大崎ｶﾞｰﾃﾞﾝﾀﾜｰ19階）

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。申込前にご確認ください。

１．下記項目にひとつでも該当する方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

２．授乳中の人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。）

３．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

４．６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。

　1）現在、医師又は歯科医師による治療を受けている人
　2）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。）
　3）高齢者及び20才未満の人
　4）薬によりアレルギー症状を起こしたことがある人
　5）腹痛、胸痛、口内炎、のどの痛み・はれ 等の症状がある人
　6）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）、咽頭炎、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。

年　　月　　日

被保険者等記号・番号：　　－　　被保険者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

[送付先]

宛名		□自宅	□会社
送付先 住所	〒　　－		

LIXIL健康保険組合

※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。

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
店舗管理者：西田　正（登録販売者）　電話：072-645-4666（月～金　9:00～17:00）

記入見本

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） （※メールでの申込みは不可）
■申込先	LIXIL健康保険組合 （〒141-0033 東京都品川区西品川1-1-1 大崎ｶﾞｰﾃﾞﾝﾀﾜｰ19階）

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。申込前にご確認ください。

1．下記項目にひとつでも該当する方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

2．授乳中の人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。）

3．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

4．６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。

1) 現在、医師又は歯科医師による治療を受けている人
2) 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。）
3) 高齢者及び20才未満の人
4) 薬によりアレルギー症状を起こしたことがある人
5) 腹痛、胸痛、口内炎、のどの痛み・はれ 等の症状がある人
6) 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）、咽頭炎、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

被保険者等記号・番号：　131　－　〇〇〇〇〇　　被保険者氏名：健保 太郎

[送付先]

宛名	健保 太郎	☑自宅	□会社
送付先 住所	〒　〇〇〇　－　〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇－〇－〇		

LIXIL健康保険組合

※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。

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
店舗管理者：西田　正（登録販売者）　電話：072-645-4666（月～金　9:00～17:00）