

禁煙支援事業治療完了後アンケート

・Wordをご使用の方は□の上をクリックすると☒となります。

Q1 どの方法で禁煙治療を受けられましたか？

- ガム パッチ(貼り薬) 内服薬

Q2 たばこをやめてよかったですか？

- よかった よくなかった

Q3 たばこをやめてよかった理由を教えてください(いくつでも)

- 家族等が喜んだ せき・たんがなくなった 食事が美味しくなった
 お金の節約になった たばこを吸う場所を探さなくてよかった 運動が楽になった
 臭いを気にしなくてよかった たばこを吸いたいイライラがなくなった

その他 ()

Q4 たばこをやめて喜んだ人はどなたですか？(いくつでも)

- 本人 パートナー(夫・妻など) 子ども・孫 その他家族
 職場の人など その他 ()

Q5 治療を続けるうえで難しいこと・大変なことはありましたか？

- なかった あった 理由: 通院がめんどろだった 吸いたくなくなった
その他 ()

Q6 苦しい時期(吸いたくなる・イライラするなど)はありましたか？(いくつでも)

- 苦しい時期はなかった 初日 2~3日 1週間以内 1か月以内
その他 ()

Q7 禁煙治療のほかに禁煙のために取り組んでいたことはありますか？(いくつでも)

- 周囲への宣言 アプリ ノートなどへの記録 その他 ()

Q8 今後、たばこは

- 絶対に吸わない 吸ってしまうかもしれない その他 ()

Q9 禁煙治療を他の人にも勧めたいですか？

- 勧めたい 勧めたくない (いずれの場合もあれば理由:)

Q10 市の禁煙外来治療費助成事業(この助成金)は

- よかった よくなかった (いずれの場合もあれば理由:)

Q11 禁煙治療のご感想や、静岡市のたばこ対策、治療費助成などについてご意見があればお聞かせください

ご協力ありがとうございました。回答内容は今後の施策の参考とさせていただきます。市ホームページ等で公表させていただきますことがあります。今後、あと2回(完了6か月後、1年後)、同様のアンケートにご協力をお願いします。

実績報告書(様式5)等とともにご提出をお願いします。