禁煙支援事業治療完了後アンケート

**・該当する項目の□にレ点を記入ください（Wordをご使用の方はの上をクリックするととなります。）**

Q１　禁煙治療を受けられたきっかけは何ですか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康のため | 金銭面 | 家庭環境の変化（結婚・出産など） | 周囲の方々からの勧め |
| その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

Q２　市の禁煙治療支援について、どのようにお知りになりましたか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市ＨＰ | 広報誌 | 医療機関からの紹介 | 周囲の方々からの紹介 |
| その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

Q３　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 |

Q４　たばこをやめてよかったですか？

|  |  |
| --- | --- |
| よかった | よくなかった（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）→Q６へ |

Q５　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くなった | 運動が楽になった |
| 臭いを気にしなくてよくなった | たばこを吸いたいイライラがなくなった | |
| その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

Q６　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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

Q７　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：　通院がめんどうだった | 吸いたくなった |
|  |  | その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

Q８　治療中、たばこを吸えないことにより、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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

Q９　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

Q10　今後、たばこは

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 絶対に吸わない | 吸わないと思う | 吸ってしまうかもしれない | その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

Q11　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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

Q12　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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

Q１3　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くほか、市ホームページ等で公表させていただくことがあります。　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。**

静岡市健康づくり推進課　健診係　（電話：054-221-1579）