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**[x] **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）