



# 禁煙治療後アンケート



氏名 ( )

禁煙治療お疲れさまでした。このアンケートは禁煙治療の感想や今後の気持ちを答えて頂くものです。なお、もしも禁煙を断念されていたとしても、保険適用による禁煙治療は今回の治療開始日から1年経つと再度受診することができます。補助金の助成は1人1回です。アンケートの内容は本事業以外に使用することはありません。

質問1 禁煙治療中のモチベーションになった事について当てはまるものに○をつけてください。  
(複数回答可。)

- ・自分の頑張りや努力
- ・自分以外の禁煙者の存在
- ・家族の励まし
- ・友人の励まし
- ・医療者からの励まし
- ・禁煙による身体への効果を感じた
- ・治療費の補助がある事
- ・その他 ( )

質問2 禁煙治療中、大変だったことは何ですか？

(例) 薬の副作用で吐き気があった。喫煙者にタバコを勧められた。など

( )

質問3 今後の禁煙継続の動機について当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可。)

- ・自分の将来の健康のため
- ・自分が病気になった
- ・身近な方が病気になった
- ・お金がかかる
- ・結婚
- ・パートナーの妊娠
- ・子どもが産まれた
- ・周囲のため
- ・( )に勧められた
- ・主治医に勧められた
- ・その他 ( )

質問4 今後の禁煙について、どの程度自信がありますか。

0% (全く自信はない) から100% (大いに自信がある) のうち何%ですか  
( )%

質問5 本事業について教えてください。

- ・この補助金制度は禁煙治療を受けるきっかけに ( なった ・ なっていない )
- ・補助金額は ( 多い ・ 少ない ・ 妥当 )
- ・周りの喫煙者にこの補助金制度を勧めようと ( 思う ・ 思わない )
- ・その他 ( )



ありがとうございました。このアンケートは

「様式第2号 枚方市禁煙外来医療費補助金交付申請書兼口座振込依頼書」

「禁煙治療にかかった費用の額を証明できる全ての書類などの原本」

「健康保険証の写し」と一緒に提出してください。

