

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。

質問1 禁煙治療中大変だったことに○をし、それについての対処の仕方があれば教えてください。

○	＜大変だったこと＞	＜対処方法＞
	① 薬の副作用	
	② 喫煙者からの誘い	
	③ 吸いたい気持ちになる	
	④ その他（ ）	

質問2 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（ ）%
- ・100%でない場合、不安を感じるのはどういう点ですか。
 - ☐①喫煙者との付き合い方（タバコを勧められた時、断れるかどうか）
 - ☐②ふと吸いたくなった時に気持ちを紛らわせられるかどうか。
 - ☐③イライラやストレスを感じた時にタバコ以外で対処できるかどうか。
 - ☐④その他（ ）

質問3 禁煙する事があなたにとって一番意味があったと思う事は何ですか。

- ①禁煙による身体への効果を感じた
- ②タバコに使っていたお金が他に使える
- ③その他（ ）

質問4 これから禁煙治療を受ける方へ応援メッセージがあればご記入ください。

※個人情報を特定されない形でホームページ等へ掲載する事があります。



質問5 喫煙を再開するきっかけの多くは、周りの喫煙者の影響です。もしあなたが周りの人から喫煙の誘いをうけたらどのように断りますか。（例えば…同居する家族から、職場で、飲み会で）

質問6 禁煙治療において補助金以外に役に立ったと思うものがあれば教えてください。

- ☐①医療機関で薬以外の治療（具体的には…）
- ☐②家族からのサポート（具体的には…）
- ☐③禁煙グッズ（例：食べ物、アプリ）
- ☐④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又は写し」と一緒に提出してください。

