

禁煙外来治療後アンケート

禁煙治療お疲れ様でした。今後の事業の参考にするため、アンケートにご協力ください。

問1 あなたの性別・年齢を教えてください。

性別	男 ・ 女	年齢	歳
----	-------	----	---

問2 今回の禁煙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)

・自分の健康のため	・家族の健康のため	・禁煙スペースの減少	・お金がかかる
・結婚	・子どもが生まれる(生まれた)	・孫が生まれた(生まれる)	・医師の指示
・家族や周りの人に勧められた	・その他()		

問3 今後の禁煙について、どの程度自身がありますか。0%(全く自信がない)~100%(大いに自信がある)でお答えください。(数字を記入)

--

%



問4 禁煙を継続するためには、どのような支援が必要だと思いますか。

--

問5 禁煙外来治療費助成事業についてお答えください。

① この助成事業は、禁煙をするきっかけになりましたか。

・なった	・ なっていない	・その他()
------	----------	---------

② 助成金額は

・多い	・少ない	・妥当	・その他()
-----	------	-----	---------

問6 禁煙治療をした感想をご記入ください。

--

問7 これから禁煙にチャレンジをしようとしている人へ、禁煙の秘訣や応援メッセージをお願いいたします。

--



協力ありがとうございました。