**墨田区禁煙医療費補助事業　補助金申請時アンケート**

**記入日　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **生年月日** | 大正・昭和・平成  　　年　　　月　　　日 |

**＊太枠内をご記入 または 当てはまるものに〇をしてください＊**

１　今回の禁煙について

|  |  |
| --- | --- |
| （１）禁煙の方法 | **１**禁煙外来  **２**薬局薬店で禁煙補助薬を自費購入 |
| （２）利用した機関（複数回答可） | **１**禁煙外来  **２**禁煙支援薬局（薬剤師に禁煙相談ができる薬局）  **３**その他の薬局薬店 |
| （３）使用した禁煙補助薬 | **１**飲み薬  **２**ニコチンパッチ**（　　　週間）**  **３**ニコチンガム　**（　　　週間）** |

２　禁煙支援について

|  |  |
| --- | --- |
| （１）禁煙支援メール（墨田区禁煙マラソン）を利用しましたか？ | **１**はい  **２**いいえ⇒**利用しなかった理由**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| （２）今後禁煙を継続できそうですか？ | **１**はい  **２**いいえ  **３**どちらともいえない |
| （３）禁煙を継続できる自信はありますか？ | **1**はい  **2**いいえ  **3**どちらともいえない |
| （４）どんなことをすれば（どんな支援があれば）禁煙継続の自信につながりそうですか？ | |
| ①自分でできること |  |
| ②家族や周囲の人ができること |  |
| ③行政ができること |  |

３　禁煙医療費補助事業について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 本事業が、「禁煙外来５回継続受診」または   「禁煙成功の動機付け」など、禁煙支援に役立ち  ましたか？ | **１**はい  **２**いいえ  **３**どちらともいえない |
| （２）本事業や区の禁煙支援についてのご意見・ご感想など | |
|  | |

◆アンケートにご協力いただきありがとうございました。いただいた個人情報は他に利用することはありません。