

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○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。