

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?	
自分でできること	
家族や周囲の人ができること	
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。補助金交付後6か月頃に、登録申込み時にメールアドレスを記入していただいた方に「6か月後アンケート」を送らせていただきます。ご協力をお願いいたします。