

大東市禁煙外来治療費助成事業 事後アンケート

記入日： 年 月 日

氏名：

1. 禁煙外来治療の終了後、継続して禁煙できていますか

- 禁煙継続できている 吸ったことはあるが今は禁煙できている 喫煙を再開した



2. 禁煙外来治療費助成事業を利用したの感想を教えてください

- 思ったより楽だった 普通 大変ではなかった 少し大変だった 大変だった



どのようなところが大変だと感じましたか

- 吸いたい気持ちをコントロールするのが難しかった 治療を受ける時間を調整するのが大変だった
 治療費用を負担するのが大変だった その他 ()

3. どのような禁煙治療を行いましたか

- 医師の診察 ニコチンパッチ 飲み薬 (チャンピックス) 呼気一酸化炭素濃度測定
 カウンセリング その他 ()

➡ 特に効果があったと思うものを教えてください ()

4. 禁煙してから体調により変化はありましたか

- 変化はない 変化があった とても変化があった



どのような変化がありましたか

- 目覚めがさわやかになった 食欲がでてきた 顔色がよくなった 咳や痰が減った
 食事がおいしくなった 口臭が減った 運動中にあまり息切れしなくなった
 イライラしなくなった 集中力が増した その他 ()

5. 禁煙してよかったことを教えてください

- 家族に喜ばれた 自分に自信が持てるようになった たばこ代がいらなくなった
 喫煙場所を探す必要がなくなった 衣類や家の中からタバコ臭さが消えた 体調がよくなった
 その他 ()

6. 今後も禁煙を続けていく自信はありますか

- 自信はある 少し自信はある 少し自信がない 全く自信がない



どのようなことを心配していますか

- 人からタバコを勧められたときどうしたらいいか ときにはタバコを吸っていいか
 その他 ()

～アンケート回答のご協力ありがとうございました～

