多摩市禁煙治療費助成金交付請求時アンケート

＊太枠内を記入、または当てはまるものに○をしてください　　記入日　　年　　月　　日

氏名(性別)	(男 ・ 女)	**生年月日(年齢)**	大正・昭和・平成 年　　月　　日(　　歳)

1　今回の禁煙について

（1）禁煙治療を受けてみて、どのように感じましたか	**1** 思っていたよりもつらくなかった **2** どちらともいえない **3** 思っていたよりもつらかった **上記につけた理由をご記入ください** 〔　　〕
（2）禁煙治療は効果があったと感じますか	**1** 効果があったと感じる **2** どちらともいえない **3** 効果があったとは感じない **上記につけた理由をご記入ください** 〔　　〕
（3）禁煙治療を他の人にも勧めたいと思いますか	**1** 勧めたいと思う **2** どちらともいえない **3** 勧めたいと思わない **上記につけた理由をご記入ください** 〔　　〕

2　禁煙支援について

今後、どのようなことがあれば禁煙を継続できると思いますか

（1）自分ができること	
（2）家族や周囲の人ができること	
（3）行政ができること	

3　インターネット禁煙マラソンについて

※インターネット禁煙マラソンは、R3.8月から市ホームページ等でご紹介しているメールによる禁煙応援プログラムです。
ご希望の方は無料で参加できますので、詳しくは多摩市公式ホームページをご覧ください。

（1）禁煙マラソンに参加しましたか	**1** 参加した **2** 参加していない **3** これから参加したい
（2）禁煙マラソンは役に立ちましたか	**1** 役に立った **2** どちらともいえない **3** 役に立たなかった **上記につけた理由をご記入ください** 〔　　〕

3　ご意見・ご感想

本事業や市の禁煙支援について、ご意見・ご感想があればご記入ください

◆アンケートへご協力いただきありがとうございました。
助成金交付後６か月頃に「６か月後アンケート」を送らせていただきますので、ご協力をお願いいたします。