

禁煙アンケート

資料 1-4

禁煙に関するアンケートを実施しております。

下記の項目についてご回答いただきますようお願い申し上げます。

年齢	歳	喫煙年数	年	喫煙本数	本/日
----	---	------	---	------	-----

① 過去に禁煙したことがありますか

ア. ある（禁煙期間：約 カ月間）

イ. ない

② 現在の禁煙状況について

ア. 禁煙中（禁煙開始：H・R 年 月頃）

イ. 禁煙する予定（禁煙開始予定：R 年 月頃）

ウ. 禁煙する予定なし

③ ②で「ア」および「イ」と回答された方にお聞きします

・禁煙（予定）方法はどれですか

ア. 自力で禁煙

イ. 薬局・薬店の禁煙補助薬（ガム・パッチ）を使用

ウ. 禁煙外来を受診

④ ②で「ウ」と回答された方にお聞きします

・禁煙する予定がない理由があればご記入ください

ご協力ありがとうございました。

【お問い合わせ先】



〒910-8541 福井県福井市大手3-4-1 福井放送会館5階
TEL (0776) 27-8304 (保健グループ)