

FAX : 03-6264-1251

アンケートにご協力をお願い致します。
メディア掲載、患者様からのお問合せの際に、ご案内させていただく場合があります。
お手数をお掛け致しますが、詳細についてご記入いただければ幸いです。

施設名〔 〕
登録者名〔 〕

1. 日本胎盤臨床医学会をご存知でしたか？

a. はい b. いいえ

2. a.とお答え頂いた方は、何でお知りになりましたか？

a. 本会会員からの紹介 b. ホームページ c. その他()

※ご紹介者をご記入ください。 ご紹介者氏名・施設名()

3. プラセンタ療法についてご記入ください。

a. 現在プラセンタ療法を行なっている b. これからプラセンタ療法を行なう予定
c. 今のところプラセンタ療法を行なう予定はない

4. aとお答えいただいた場合の治療についてご記入ください。

a. 保険診療のみ b. 自由診療のみ c. 保健診療、自由診療どちらも行なっている

5. 投与方法についてご記入ください。

例) 皮下注射、筋肉注射、ツボ注射、静脈注射、点滴

()

6. 静脈注射、点滴をしている場合、どこで静脈注射、点滴をお知りになりましたか？

()

7. 治療費用についてご記入ください。

例) 初診料 2000 円、1A 1,000 円 2A 2,000 円 4A 4,000 円
ツボ注射はプラス 2,000 円

()

8. プラセンタの健康食品を取扱っていますか？

a. 取扱っている b. これから取扱う予定 c. 今のところ取扱う予定はない

9. aとお答えの方は、取扱い製品名についてご記入ください。

()

10. ホームページはございますか？

a. ある(URL:) b. ない

アンケートにご協力を頂きまして有難うございました。

財)日本胎盤臨床医学会
〒104-0054 東京都中央区勝どき 6-3-2-3921
TEL : 03-6264-2991 FAX : 03-6264-1251