

リンパ浮腫診療治療機関リスト作成のためのアンケート

以下の項目にチェックまたは記入をお願い致します。

1) リンパ浮腫診療治療機関としてリストに自院の掲載を希望しますか？

希望する 希望しない その他()

2) リンパ浮腫に対する診療、治療の内容について

診断のみ 複合的治療のみ 診断と複合的治療両方を行う
 その他()

3) 他施設からのリンパ浮腫の症例を受け入れますか？

受け入れる 自院の症例のみ その他()

4) 入院は可能ですか？

可能 外来のみ その他()

5) 訪問による治療は可能ですか？

可能 不可能 その他()

6) 治療費は？

自由診療 保険診療 その他()

7) 診療可能日(曜日)

月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 日曜
 その他()

8) 診療可能時間

9) 連絡先をお教え下さい

① 施設名

[]

② 住所

郵便番号[-], 住所[]

③ 問い合わせ先：電話番号 (掲載可 掲載不可)

[]

④ 問い合わせ先：メールアドレス (掲載可 掲載不可)

[]