

# 再生医療に関する アンケートのお願い

当クリニックでは、再生医療の質向上を目的として、  
治療を受けられた皆さまへアンケートへのご協力をお願いしております。  
所要時間はおよそ2〜3分です。ご協力をお願いいたします。

## 注意書き

回答は匿名で行われ、個人を特定する情報は取得されません。  
集計結果は治療の改善・安全管理の目的で使用します。  
スマートフォン・タブレット・PCからご回答いただけます。

## 操作方法

① 入力端末で[リンク](https://27e01e60.form.kintoneapp.com/public/wsrn-questionnaire)(QRコード撮影または直接URL入力)へアクセス

カメラ付きスマートフォン・タブレットを  
お持ちの方はこちらから(初回のみ)



リンク：<https://27e01e60.form.kintoneapp.com/public/wsrn-questionnaire>

② クリニックの方が最初の画面で「病院ID」「患者ID」「初回投与日」  
「治療種別(部位他)」を入力

③ 次の画面で患者の方が入力し、データを送信

## 2回目以降(1・3・6ヶ月目)のアンケートの実施について

クリニックからメールを送信致しますので、そちらからご回答ください。