

消費者問卷

您好，

首先，謝謝您幫忙填寫此份問卷，這是一份有關「初乳病原辨識蛋白」的調查問卷，希望藉由您的觀點，幫我們進行分析研究。您的寶貴意見，對本研究有很大的貢獻！謝謝您的合作！

成大營養食品股份有限公司
全體員工 敬上

第一部分：個資法說明

感謝您填寫本問卷，以下依據《個人資料保護法》(暨施行細則)，向您告知本問卷蒐集、處理及利用個人資料之事項：

本問卷依據個資法蒐集、處理及利用您的個人資料包含識別個人姓名、行動電話、電子郵件地址等。上述個人資料之蒐集、處理及利用，將僅限本問卷業務需要使用，並遵守個資法之規定妥善保護您的個人資訊。依據個資法第3條規定，您可向成大營養食品(股)公司行使之個資權利包括：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除。您可與成大營養食品客服中心聯繫(電洽 06-3120913)，成大營養食品將儘速處理與回覆您的請求。您亦可拒絕提供相關之個人資料，但若無完整的資料，成大營養食品將無法進行本問卷之後續作業，致無法提供您相關服務。

本人經成大營養食品告知《個人資料保護法》相關事項，本人已清楚瞭解本問卷蒐集、處理或利用本人個人資料之應告知事項。

第二部分：個人資料

性別：女 男

年齡：_____歲

姓名：_____ (此為避免重複收集問卷，結果會匿名)

電話：_____ (此為避免重複收集問卷，結果會匿名)

第三部分：產品調查

1. 請問您是否聽過「初乳病原辨識蛋白」？ 是(請接下一題) 否
2. 請問您是否服用過「初乳病原辨識蛋白」？ 是(請接下一題) 否

3. 您是否曾在下列類流感之症狀發生時，服用過「初乳病原辨識蛋白」，且其症狀改善程度

- | | | | |
|-------------|---|------------------------------|-------------------------------|
| a. 流鼻水， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| b. 鼻塞， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| c. 咳嗽， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| d. 喉嚨痛， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| e. 扁桃腺化膿， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| f. 鼻腔化膿， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| g. 發燒， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| h. 寒顫， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| i. 肌肉痠痛， | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |
| j. 其它，_____ | <input type="checkbox"/> 有，約在_____小時內改善 | <input type="checkbox"/> 無改善 | <input type="checkbox"/> 無此症狀 |

※整體評估

- 上述症狀，約在 _____ 天內完全痊癒
- 以上症狀皆無明顯改善
- 在以上症狀時，無服用過初乳病原辨識蛋白

第四部份：

4. 您是否曾在其他，除類流感之疾病發生時(例如：腸病毒、腸胃炎、皮膚過敏、鼻子過敏)，服用過「初乳病原辨識蛋白」？

是(請接下一題) 否(請接第6題)

5. 請問應用之疾病為_____，其症狀是否獲得改善？

症狀為_____， 在 _____ 小時/天內有改善 無明顯改善

6. 您是否於平時服用「初乳病原辨識蛋白」作為預防保健食品？

是(請接下一題) 否(問卷結束！感謝您的填寫～)

7. 請問您服用「初乳病原辨識蛋白」作為預防保健食品的頻率：

2天1次 1天1次 1天2次 1天3次

8. 請問您服用「初乳病原辨識蛋白」作為預防保健食品每次的使用量：

1顆/次 2顆/次 3顆/次 4顆/次

9. 服用「初乳病原辨識蛋白」後，其是否降低疾病的發生率：

- | | | |
|-------------|---|------------------------------|
| A. 流感， | <input type="checkbox"/> 有，發生次數 0 — 1 — 2 — 3 次/年 | <input type="checkbox"/> 無改善 |
| B. 腸病毒， | <input type="checkbox"/> 有，發生次數 0 — 1 — 2 — 3 次/年 | <input type="checkbox"/> 無改善 |
| C. 其它，_____ | <input type="checkbox"/> 有，發生次數 0 — 1 — 2 — 3 次/年 | <input type="checkbox"/> 無改善 |

問卷結束！感謝您的填寫～