

# 脳ドック 予約票

FAX 0545-22-6567

※ 脳ドック受診希望日の1週間前にはお申し込みください。

フリガナ		性別	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
氏名		男 女					
住所	〒 -						
連絡先				携帯電話			

コースの選択	
<input type="checkbox"/> スタンダードコース	<input type="checkbox"/> 脳卒中コース
<input type="checkbox"/> 認知症コース	<input type="checkbox"/> プレミアムコース
希望日	
第一希望日	令和 年 月 日( ) 14:00~
第二希望日	令和 年 月 日( ) 14:00~
第三希望日	令和 年 月 日( ) 14:00~

脳ドック事前 チェックリスト	
脳ドックを事前に受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
MR検査をやったことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
閉所恐怖症である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体内金属がある ペースメーカー 脳動脈瘤クリップ 人工内耳 補聴器 人工関節	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
アートメイク・刺青(イレズミ)の有無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
インプラント 義歯の有無 (取り外し・取り外し不可)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
遠赤外線着(ヒートテック)・コンタクトレンズ・装飾品(腕時計など)はMRIの時は着用できません。 女性の方はお化粧を落としていただきます。	
妊娠もしくはその可能性がある。 妊娠( )週	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ