

脳ドック申込書

個人

現住所(〒 _____) (ID _____)

フリガナ (_____)
氏名 _____ 男・女
TEL _____
携帯番号 _____
大正・昭和・平成 年 月 日生

勤務先 _____ TEL _____
住所(〒 _____)

※ 案内書、検査キット送付希望先をお選び下さい (現住所 ・ 勤務先)

実施第一希望年月日 _____ 年 月 日 (_____ 曜日)

実施第二希望年月日 _____ 年 月 日 (_____ 曜日)

実施日は毎週 火・金の午後のみです。
受付時間は、13:00 です。

◎ 脳ドックコース 55,000円 (消費税10%込)
(MRI 14:30 枠) ※消費税率に準じて料金に変更することがございます。

検査内容

●身体計測 ●尿検査 ●血液検査(血液一般・脂質・糖尿・痛風・肝機能・腎臓)
●心電図 ●脳検査(かなひろいテスト・頸部エコー・脳MRA・MRI・頸部MRA)

【注】強い磁石を使いますので、心臓ペースメーカーや手術後などの一部の方に、MRI検査ができない場合があります。

【注】脳ドックコースについては追加でオプション検査をお選び頂くことはできません。

上記のとおり申し込みます 年 月 日

星ヶ丘医療センター
健康管理センター
TEL 072-840-2641
FAX 072-840-3955

申込者氏名 _____ 印

※業務連絡欄 予約確定後Dr.および心理士へ連絡要 Nのみ送付要
 前回歴チェック