

簡易脳ドック申込書

個人

現住所（〒 _____ ） (ID _____)

フリガナ（ _____ ） TEL _____
氏名 _____ 男・女 携帯番号 _____

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

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・金曜日の午後のみです。
受付時間は、13:00 です。

◎ 簡易脳ドック 31,570円（消費税10%込）

※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：脳MRI、脳MRA、頸部エコー、心電図、血圧、血液検査、診察
(MR14:30枠)

【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】簡易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連絡 N不要 2023/10/19
前回履歴チェック