

もの忘れドック申込書

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 (金) 午後

実施第二希望年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (金) 午後

実施日は毎週金曜日の午後のみです。ご都合のよい金曜日の日付でご記入ください。
受付時間は、13:30 です。

◎ もの忘れドック 25,460円 (消費税10%込) (VSRAD14:30枠使用)
※消費税率に準じて料金は変更することがございます。

検査内容

- ・脳MRI(VSRAD)で記憶の重要な場所である海馬の萎縮度の測定
- ・記憶力、認知力の低下をはかる知能検査
- ・専門医による診察

【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】もの忘れ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。

【注】朝食・昼食はとっていただいて構いません。

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・心理士へ連絡要 N不要

前回履歴チェック

2019/9/19