

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		大正			
氏名		男 女	生年月日	昭和		年	月 日
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	平成	年	月	日()	8:30~		
第二希望日	平成	年	月	日()	8:30~		
第三希望日	平成	年	月	日()	8:30~		

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		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
〔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〕							
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		