

脳ドック申込書

ID _____

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	年 齢
お名前	様	男 ・ 女	年 月 日	才
ふりがな				
ご住所	〒 ー			
連絡先	日中連絡のつく電話番号			
結果票 お送り先	☐ 上記 ☐ 上記以外 〒 ー			

第一希望日 月 日() 第二希望日 月 日()

時間 13:00 (健康管理センターへは 12:30 頃来院願います)

1. 脳ドックAコース

2. 脳ドックBコース

確認事項 (該当事項にチェックをしてください。)

- ☐ 心臓ペースメーカーを使用している。(予約不可)
- ☐ 脳動脈クリップや体内に金属を装着している。(挿入時期により予約不可あるいは要確認)
(挿入時期: 年頃、体内金属の種類: 、部位:)
- ☐ 人工内耳、神経刺激器など眼窩や内耳内、頭部に挿入されている機器がある。(予約不可)
- ☐ 脳室シャントなどの検査後に調整が必要なものが体内に挿入されている。(予約不可)
- ☐ 目などに位置する鉄片がある (予約不可)
- ☐ 消化管クリップを使用した術後 4 週間以内である。(予約不可)
- ☐ 妊娠中もしくは妊娠している可能性がある。(予約不可)

- ☐ 入れ墨やタトゥーをしている。(要確認)
- ☐ 緑内障インプラントを挿入している。(要確認)
- ☐ 歯列ワイヤー矯正中である。(要確認)
- ☐ 義眼、義歯挿入中である。(要確認)
- ☐ 閉所恐怖症である。(要確認)
- ☐ 鉄工所・板金などで勤めている又は以前勤めていた。(要確認)

☐ 該当する項目はありません。

確認事項に該当する場合、脳ドック検査が実施可能かどうか当センターから折り返しお電話させていただきます場合があります。連絡先には日中連絡のつく番号の記載をお願いします。