

脳ドック申込書

太枠の中を記入してください。

フリガナ		生年月日	大正・昭和 平成	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢	歳	
電話番号	—	—	携帯番号	—	—	
住所	〒	—	※アパート名・部屋番号もあれば必ずご記入ください。			
勤務先		勤務先連絡先	—	—		

受診日について

* 第3希望まで記入してください。脳ドックは平日の **13:30 ~ 16:30** の間で行います。

※時間指定は不可です。

※申し込み日から1か月後以降の日付で希望日を記載してください。

第1希望日	令和	年	月	日
第2希望日	令和	年	月	日
第3希望日	令和	年	月	日

希望するコースについて

* いずれかの希望するコースに○印を記入してください。

シンプルコース	26,400円 (税込)
脳卒中リスク検査コース	35,400円 (税込)
認知症リスク検査コース	34,100円 (税込)
脳卒中・認知症リスク検査コース	43,100円 (税込)

オプションについて

* 希望するオプションがあれば○印を記入してください。

脳波検査	7,920円 (税込)
画像データの提供(CD)	880円 (税込)

教育年数

* 認知症リスク検査コース、脳卒中・認知症リスク検査コースをご希望の方のみご記入ください。

小学校入学以降をカウントしてください。

教育年数	12年以下	13年以上
------	-------	-------

確認事項

* 2ページ目に記載の「MRI検査に関する注意事項について」確認しましたか。

はい・いいえ

検査結果について

* 検査結果の報告方法について、郵送または、医師の対面での説明のどちらを希望されますか。

医師の対面での説明は、後日再度予約となり、別途 5,500円 (税込) をお支払いいただきます。

検査結果の報告方法	郵送
-----------	----

・ 医師の対面での説明

脳ドック MRI検査に関する注意事項

● 検査できない方

- ・ 心臓ペースメーカーを使用している方
- ・ 磁性体の脳動脈瘤クリップ(1983年以前のもの)が入っている方
- ・ 義眼を使用している方
- ・ 人工内耳を使用している方
- ・ 妊娠中の方
- ・ マグネット式インプラント着用の方

● 検査前の注意・確認事項

- ・ 入れ墨をされている方は、やけどの可能性があります。
- ・ 血糖測定センサーを貼っている方や、金属を含む貼付剤（ニトロダーム、ニコチネルなど）を使用中の方は、主治医に取り外しの確認が必要です。
- ・ 目に金属片が入っている可能性のある方はMRI検査を受けられない可能性があります。

● 検査当日の注意事項

- ・ 予定時間に間に合わない場合、検査ができない場合がありますのでご注意ください。
- ・ 緊急検査などにより、検査開始時間が遅れる場合がありますがご了承ください。
- ・ 眼鏡やカラーコンタクトレンズは検査前に外すため、眼鏡・保存ケースをご持参ください。
- ・ 金属類をMRI室内に持ち込まないため、検査着に着替えていただきます。出来るだけ脱ぎ着しやすい服装でお越しください。
- ・ 補聴器は故障する可能性があるため検査室には持ち込めません。
- ・ 入れ歯に金属がある場合は検査前に外すため、ケースをご持参ください。