

# 脳検診・脳ドックFAX予約申込書

医療法人社団 英明会 大西脳神経外科病院

(お申し込みFAX番号) 078-938-1236

(お問い合わせ電話番号) 078-938-1238(代表)

※FAX確認後、当院脳ドック担当者からお電話させていただきます

※1週間以内に、当院からの連絡がない場合は、お手数ですが上記電話番号までお問い合わせください

		申込日	年	月	日
ふりがな					
ご氏名					
性別	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性		
生年月日	明治・大正 昭和・平成                      年                      月                      日                      (                      )歳				
ご住所	〒                      -				
電話番号	自宅		携帯		
当院への受診歴	<input type="checkbox"/> 有 診察券番号(                      )		<input type="checkbox"/> 無		
受診希望日	第1希望		年	月	日(                      ) 午前・午後
	第2希望		年	月	日(                      ) 午前・午後
	第3希望		年	月	日(                      ) 午前・午後
希望のコース	<input type="checkbox"/> 脳検診(33,000円 うち税3,000円)		<input type="checkbox"/> 脳ドック(55,000円 うち税5,000円)		
オプション検査	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない		
	<input type="checkbox"/> 酸化ストレス度・抗酸化力測定検査(8,800円 うち税800円)				
	<input type="checkbox"/> APOE遺伝子検査(19,800円 うち税1,800円)				
	<input type="checkbox"/> MCIスクリーニング検査(22,000円 うち税2,000円)				
	<input type="checkbox"/> APOE遺伝子検査とMCIスクリーニング検査セット(39,600円 うち税3,600円)				
体内金属 (ペースメーカー、人工内耳等)	<input type="checkbox"/> 有 (                      )		<input type="checkbox"/> 無		
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		
勤務先名(任意)			所在地	市 郡	区 町
当院から連絡させていただく電話番号	<input type="checkbox"/> 本人 上記記載の 自宅 ・ 携帯				
	<input type="checkbox"/> その他 (電話番号                      )				