

(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

※万が一、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

医療法人社団 英明会 大西脳神経外科病院

脳検診・脳ドックFAX予約申込書

申込日 年 月 日

ふりがな		
ご氏名		
性別	男性	女性
生年月日	明治・昭和 大正・平成 年 月 日 () 歳	
ご住所	〒 -	
電話番号	自宅	携帯
日中に連絡可能な番号		
当病院への受診歴	あり(前回 年頃・ 年前) 診察券番号 _____	なし
受診希望日	第1希望 年 月 日 ()	
	第2希望 年 月 日 ()	
	第3希望 年 月 日 ()	
希望のコース	<input type="checkbox"/> 脳検診(30,000円税別)	<input type="checkbox"/> 脳ドック(50,000円税別)
オプション検査 (酸化ストレス度検査・抗酸化力 測定検査 8,000円税別)	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
身長・体重	() cm	() kg
申込書のご記入	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人以外(続柄) お名前 様

※病院記入欄(次の欄は記入しないでください。)

受付日	平成 年 月 日 担当
受診日	平成 年 月 日 ()
書類発送日	平成 年 月 日 担当