

# 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)				
	<input type="checkbox"/> 脳健康評価M Vison health(13,200円 うち税1,200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	区
				郡	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 )				