

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		☐ 男性				☐ 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		☐ 有 診察券番号()				☐ 無			
受診希望日 (申込日より2週間後以降)		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		☐ 脳検診(33,000円 うち税3,000円)				☐ 脳ドック(55,000円 うち税5,000円)			
オプション検査		☐ 希望する				☐ 希望しない			
		☐ 酸化ストレス度・抗酸化力測定検査(8,800円 うち税800円)							
		☐ APOE遺伝子検査(19,800円 うち税1,800円)							
		☐ MCIスクリーニング検査(22,000円 うち税2,000円)							
		☐ 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)							
		☐ 脳健康評価M Vision health(13,200円 うち税1,200円)							
		☐ 骨塩定量検査(4,950円 うち税450円)							
体内金属 (ペースメーカー、人工内耳等)		☐ 有()				☐ 無			
閉所恐怖症		☐ 有				☐ 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	☐ 本人 上記記載の 自宅 ・ 携帯			
	☐ その他 (電話番号)			