

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	第1希望 年 月 日() 午前 ・ 午後		
(申込日より2週間後以降)	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(5,940円 うち税540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)