

# 脳ドックお申込書

この度は、脳ドックをお申込みいただき、ありがとうございます。

下記項目を全てご記入の上、末尾のFAX番号までお送りください。

まだお電話で日程のお話をされていない方には、こちらから折り返しご連絡させていただきます。

受診希望日 年 月 日 14時～

ご希望のコースに○を付けて下さい。

標準コース +頸動脈エコー ※月曜のみ	標準コース (エコーなし)	簡易コース +頸動脈エコー ※月曜のみ	簡易コース (エコーなし)
---------------------------	------------------	---------------------------	------------------

(フリガナ)

受診者氏名 男・女 体重 Kg

生年月日 T・S・H 年 月 日

(フリガナ)

住所 〒

電話番号 - -

(フリガナ)

勤務先 〒

電話番号 - -

これまでに当院外来又は脳ドックを受診されたことはありますか？ はい・いいえ

『はい』の方にお尋ねします。最後に受診したのはいつ頃ですか。

年 月頃 ・ 覚えていない

高松市国保・後期人間ドック助成制度をご利用されますか？ はい・いいえ・相談したい  
(本制度は国民健康保険又は後期高齢者の方に限ります)

『はい』の方にお尋ねします。市HP等から対象者・要件を確認し、申請はされましたか。

要件も満たし申請済み ・ 要件は満たしているが申請はしていない

- ・ 検査当日、予約時間の30分前に外来受付までお越しく下さい。
- ・ 標準コースの方は、血液検査がありますので昼食は摂らずにお越しく下さい。
- ・ 本人確認のため、当日保険証をご持参ください。

おさか脳神経外科病院 FAX 087-885-3038 へご送信ください。