

弘善会 矢木脳神経外科病院

## 脳ドック予約申込書

[お申し込み内容]

記入日 平成 年 月 日

受診者名	(フリガナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	..... 様	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
住所	〒 -			
連絡先電話番号	自宅	:	-	-
	携帯	:	-	-

## 希望コースと希望検診日

<input type="checkbox"/> 脳ドックコース	第1希望	平成 年 月 日 (火曜・水曜・金曜・土曜)
<input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA検査+ 頰動脈超音波検査		<input type="checkbox"/> 13:00~ <input type="checkbox"/> 15:00~
<input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA検査	第2希望	平成 年 月 日 (火曜・水曜・金曜・土曜)
		<input type="checkbox"/> 13:00~ <input type="checkbox"/> 15:00~

## MRI検査問診表

MRIは安全な検査ですが、検査時に強い磁気を使用します。検査をより安全に行うための事前確認をさせていただきます。

1. 心臓ペースメーカーをつけていますか？ ( はい ・ いいえ )
2. 体内に金属が入っていますか？ ( はい ・ いいえ )  
※「はい」の方はどのような金属が入っていますか？○で囲んでください。  
・脳動脈瘤クリップ ・人工心臓弁 ・インプラント ・置き針 ・ステント  
・ブリッジ ・ボルト ・プレート ・ステープラ  
・その他( )
3. 入れ墨またはアートメイクをされていますか？ ( はい ・ いいえ )
4. 金属を研磨するような仕事(鉄工所や電子部品工場勤務)の経験がありますか？ ( はい ・ いいえ )
5. 閉め切った場所や狭い所では気分が悪くなりますか？ ( はい ・ いいえ )

※ 太枠内の申込事項をご記入ください。また、選択項目には  印を記入してください。

※ ご記入後、ファックスもしくは郵便、ご持参での申し込みをお願いいたします。

○脳ドック検診曜日は、火曜日・金曜日・土曜日とさせていただきます。

○ご記入をいただきました診察日時に基づきまして、予約票をご送付申し上げます。

[予約の取り消し及び変更]

◎ 下記時間内にお電話にてお知らせください。

- ・ 予約時間を過ぎますと検査実施が困難となる場合があります。

やむを得ない事情によりご来院が困難となった場合には、お早めにご連絡ください。

- ・ 下記時間外での予約の取り消し/変更手続きはできませんので、ご了承ください。(日曜・祝日を除く)

月曜日～金曜日:午前8:45～午後7:00 土曜日:午前8:45～午後5:00

医療連携課(直通)

TEL:06-6978-2337

FAX:06-6978-2338