

脳ドック予約申込書(窓口申込用)

事前に申込書を記入いただき、来院して1階初診受付でお申し込みください。
※①～⑨のうち、分かる項目のご記入をお願いします

ID: _____

①当院来院歴	有 ・ 無		
②ふりがな			
③氏名			
④生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日
	⑤性別	男性 ・ 女性	
⑥ご住所	〒 _____		
⑦電話番号	2日前TEL → 同上 / その他(_____)		

⑧コース ※○をつけて下さい	標準コース (月・水・金曜日)	月 ・ 水 ・ 金	⑨オプション ※標準コースのみに追加可能	心臓ドック(水曜日のみ可)	☐ 希望する ☐ 希望しない
	MRコース (第2・4土曜日)	A ・ B ・ C ・ D	※ MRコースを希望される場合は、 時間(Ⓐ12時45分、Ⓑ13時45分、Ⓒ14時45分、Ⓓ15時45分) から時間を選択してください。		
	もの忘れドック(火曜日)	火			

⑩受診希望日	第1希望	月	日 ()
	第2希望	月	日 ()
	第3希望	月	日 ()

確認事項 ※スタッフが確認します	⑬入墨・アートメイク	有 ・ 無
	⑭体内金属・インプラント	有 ・ 無
	⑮閉所恐怖症	有 ・ 無

参考

検診料金(税込)

コース種類	料金	標準コースオプション	料金
標準コース	¥49,180	心臓ドックオプション	¥36,570
MRコース	¥32,400		
もの忘れコース	¥36,340		

スタッフ記入欄

受付日	年	月	日	受付担当:
検査日	年	月	日 ()	受付時間 時 分
診察日	年	月	日 ()	診察時間 時 分
書類発送日	年	月	日	