

令和6年度 脳ドック検診申込書

みだしの検診を希望しておりますので下記「検査中断時の費用負担」の同意、「問診」を確認した上で申込みいたします。なお、記載事項に虚偽の内容はありませんので受診機関に情報を提供することに同意いたします。

碧南市脳ドックの受診経験	・ある (回) ・なし (※定員人数より申込者が多数の場合は、初回受診の方を優先とします。)	
フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒447- 碧南市 町 丁目 番地	
電話番号		
受診希望医療機関	いずれかに○をつけてください。 第1希望 (・小林記念病院 ・碧南市民病院) 第2希望 (有 ・ 無)	
選択項目の有無	・頸椎MRI ・VSRAD	
検査中断時の費用負担	※当日キャンセルや検査受診者の都合で検査を中断した場合も費用は負担していただきます。	

問診 ご自身のことで、下記に当てはまる項目に☑をして下さい。

※あなたのからだの中に金属類は入っていませんか？

- 手術等により体の中に金属や機器の植え込みをしたことがある。
インプラント（埋め込み型入れ歯）を装着している。
人工関節を入れている。
心臓のペースメーカーや刺激電極が入っている。
心臓等の手術でステントが入っている。
脳動脈瘤の手術でクリップが入っている。
人工内耳、耳小骨を植え込んでいる。
刺青・アートメイク（まゆ毛も含む）をしている。
避妊用具のペッサリー等を使っている。

※あなたは以下の内容に当てはまりませんか？

- 妊娠している、または、その可能性がある。
閉所恐怖症である。
認知症の症状がある。
現在、脳血管疾患で治療中または既往歴がある。

※2回目以降の受診の方にお聞きします。その時、異常がありましたか？

ある () ・なし