

令和8年度 脳ドック検診申込書 受付者

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 なし ・ 第1希望の病院以外でも良い	
選択項目の希望	・頸椎MRIのみ ・VSRADのみ ・頸椎MRI+VSRAD ・希望なし	
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 1. ご自身のことで、下記の項目を確認し☑をしてください。

※すべての項目に☑がつかない場合は検診を受けることができません。

- 手術等により体の中に金属や機器の植え込みをしていない。
- 人工関節を入れていない。
- 心臓のペースメーカーや刺激電極が入っていない。
- 心臓等の手術でステントを入れていない。
- 脳動脈瘤の手術でクリップを入れていない。
- 人工内耳、耳小骨を植え込んでいない。
- 刺青・アートメイク（眉毛も含む）をしていない。
- 避妊用具のペッサリー等を使っていない。
- 妊娠やその可能性はない。
- 閉所恐怖症でない。
- 認知症の症状はない。
- 現在、脳血管疾患の治療中でなく、既往歴もない。

2. インプラント（埋め込み型入れ歯）を装着していますか。

はい ・ いいえ

3. 脳ドック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

*検査中断時の費用負担、問診事項を確認しました。記載事項の内容を受診医療機関に情報提供することに同意します。

申込書記入者署名 ()

*本人以外の署名の場合 () 内に続柄を記入