



おさか脳神経外科病院 FAX 087-885-3038 へご送信ください。

脳ドックお申込書

この度は、脳ドックをお申し込み頂き、有難うございます。
脳ドックの検査を受けられるにあたって、下記項目を全てご記入の上、ご返信下さい。

受診日 平成 年 月 日 () 時 分

(フリガナ)
受診者氏名 男 ・ 女

生年月日 年 月 日 歳 体重 Kg

(フリガナ)
住 所 〒

電話番号 - -

(フリガナ)
勤 務 先 〒

電話番号 - -

- Q1. 以前、当院を受診された事がありますか？ はい ・ いいえ
[はい]と答えた方にお聞きします。それはいつ頃ですか？
()
- Q2. 以前、当院で脳ドックを受けられた事がありますか？ はい ・ いいえ
[はい]と答えた方にお聞きします。それはいつ頃ですか？
()
- Q3. 標準コース・簡易コース どちらを希望されますか？
ご希望のコースに○をつけてください。
標準 ・ 簡易

- ※1. 検査当日、予約時間の30分前に受付までお越し下さい。
※2. 標準コースの方は、血液検査がありますので、昼食はとらずにお越し下さい。
※3. 本人確認の為、保険証をご持参下さい。