

# 〔個人〕 脳ドック申込書

●申込前に確認事項A～Cをご確認のうえお申し込みください。

## 確認事項A

- ・下記①～③の検査対象外項目に一つでも該当項目がある場合は、脳ドックは受けられません

〔検査対象外項目〕
①脳血管疾患で治療中である
②妊娠中または可能性がある
③下記の機械が体内に入っている ※本体の破損の可能性があるため
・心臓ペースメーカー ・人工内耳（移植蝸牛刺激装置） ・人工心臓弁（金属製のもの） ・圧可変式バルブシャント付V-Pシャント ・スワンガンツカテーテル ・骨成長刺激装置 ・神経刺激装置 ・注入ポンプ ・除細動器 ・弾丸等の金属片 ・人工耳小骨

## 確認事項B

- ・下記①～③の項目に該当する場合は、脳ドックは受けられないことがあります。

〔項目〕
①閉所恐怖症である
②アートメイク、入れ墨 ※変色・火傷の可能性があるため
③下記の金属が体内に入っている ※火傷・動く可能性があるため
・冠動脈ステント ・頸動脈クランプ ・脳動脈クリップ ・整形外科手術の体内金属 ・皮下埋め込み型ポート ・歯科インプラント ・その他手術等による体内金属

## 確認事項C

- ・脳ドック受診日（検査当日）は下記①～③にご注意が必要です。
- ①アイシャドウ・マスカラ・アイライン等の化粧やジェルネイルは変色・火傷の可能性がありますのでご遠慮ください。
- ②貴金属類（時計、眼鏡、アクセサリー、コルセット等）は、機械に引き寄せられ、本体の故障・破損の可能性があるため外していただきます。
- ③補聴器、コンタクトレンズ、入れ歯、カイロ、貼り薬は、本体の故障・破損・火傷の可能性があるため外していただきます。

●下記太枠の中の必要事項をご記入ください。

当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ [ID: ]	申込日	令和 年 月 日 [ ]	
フリガナ	性別	生年月日	年 月 日	年齢
氏名	男・女			歳
住所				
電話番号	— —			
【受診希望日】	希望月	令和 年 月		
	希望曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 ※複数選択可		

〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部  
予約専用TEL:0267-46-8470 ※平日(祝祭日除く) 14時～16時

病院記入欄		
予約受付( / )	システム登録日( / )	書類送付日( / )