

[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
 - スワンガントツカテーテル
 - 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。

- 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。
- 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。
- 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	□なし	□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	□ 火曜日	□ 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 (/)