



いずみの病院 FAX 088-826-5510 へご送信ください

## 脳ドックお申込書

この度は、脳ドックをお申込みいただき、ありがとうございます。

脳ドックの検査を受けられるにあたって、下記項目をすべてご記入の上、ご返信ください。

希望日 ① 年 月 日( ) 時 分

② 年 月 日( ) 時 分

受診者

氏 名

ふりがな

生年月日

年 月 日 歳

性 別

男・女

住 所

〒

ふりがな

電話番号

( )- -

勤務先

〒

ふりがな

電話番号

( )- -

実施日・時間

月曜日：9:00～10:30

火曜日：9:00～10:30

13:30～15:30

Q1 以前、当院を受診されたことはありますか？

はい ・ いいえ

[はい]と答えた方にお伺いします。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ことはありますか？

はい ・ いいえ

[はい]と答えた方にお伺いします。それはいつ頃ですか？

( )

※検査当日、予約時間の30分前までに受付へお越しください。

※本人確認のため、保険証をご持参ください。

お申込み後、担当者より連絡させていただきます。