**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、脳ドックをお申し込みいただき、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。

**●実施日・時間●**

**月曜日　9：00～10：30**

**火曜日　9：00～10：30**

**13：30～15：30**

**希　望　日** ① 年 月 日（ ） 時 分

② 年 月 日（ ） 時 分

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　（　　　　　歳） |
| 性別 | 　　　男　　　・　　　女 |
| 住所 | 　〒　　　　　－ |
| 電話番号 | 　　　　　　　－　　　　　　　　－ |
| 勤務先 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 住所 | 　〒　　　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　　　）　　　　　　　－ |

Ｑ１．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．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？

 （ ）

Ｑ３．他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15分前までに受付へお越しください。

※ 本人確認のため、保険証またはマイナンバーカードをご持参ください。

 　　お申込み後、担当者より連絡させていただきます。