

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。

希 望 日 ① 年 月 日 () 時 分
② 年 月 日 () 時 分

●実施日・時間●
月曜日 9:00～10:30
火曜日 9:00～10:30
13:30～15:30

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。