

脳ドック【申込用紙】

脳ドックで実施するMR検査は強力な磁石の力を利用して画像化する検査です。そのため機器の特性上次の質問にお答え下さい。

質問①

・装着又は該当する方は を付けてください。

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | あり | なし |
| ■心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器(不整脈の方) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■人工内耳、人工中耳、聴性脳幹インプラント(難聴の方) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■脳脊髄刺激電極(難治性の痛みをもつ方) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■埋め込み式インシュリンポンプ(糖尿病の方) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■磁石式人工肛門(直腸疾患の方) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■磁石型義眼 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■妊娠中、妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ※安定期に入るまで検査を行わないようにしています。

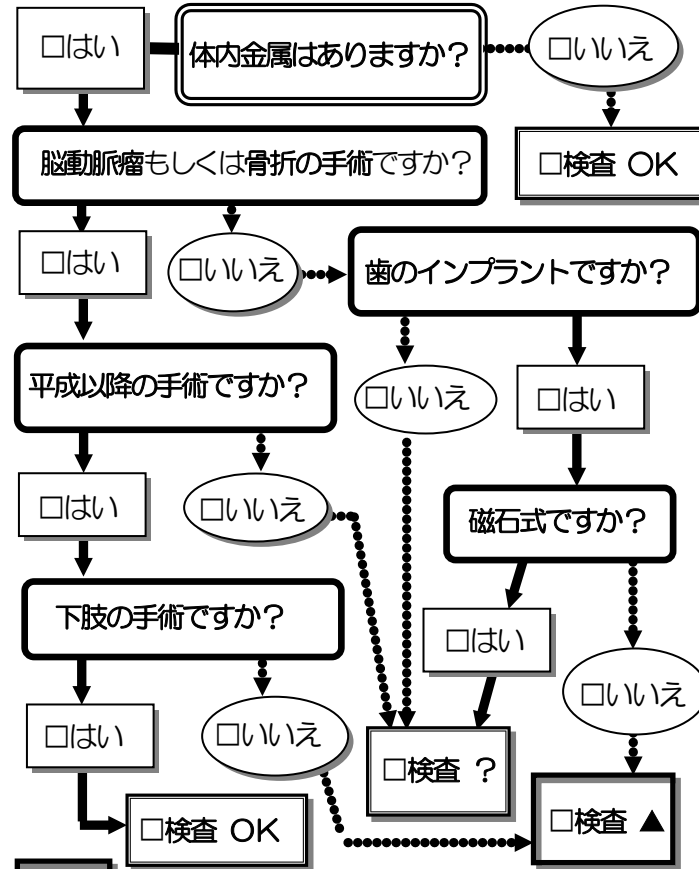
あり に1つでも が付いた方は、
検査を受けることが出来ません

なし の方は **質問②～⑤** へお進み
ください。

メモ:

質問②

・あてはまる事項に でお答えください



検査? 下記の手術歴を記載いただいた後、医師に確認し後日、ご連絡します。
検査▲ 非磁性体の金属でまれに熱さを感じる場合がありますので慎重に検査を実施します。

手術歴: _____ 年

金属が留置されている部位: _____

病院名: _____

体内留置物の名称・材質: _____

※ 名称・材質が不明な方は、金属留置を行った医療機関に確認いただきご連絡ください。

質問③

・当院の脳ドック受診歴は
 ない ある(_____ 年 _____ 月頃)

質問④

・当法人の関連施設に受診されたことが
 ない ある(_____ 年 _____ 月頃)
 現在治療中

質問⑤

・ある、現在治療中に された方は、どの施設ですか
 網走脳神経外科・リハビリテーション病院 桂ヶ丘クリニック
 道東脳神経外科病院 美幌クリニック:

フリガナ: _____ 男・女

氏名: _____

生年月日: T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

住所: 〒 _____ - _____ - _____

電話: _____ - _____ - _____

緊急連絡先電話: _____ - _____ - _____

勤務先: _____

電話: _____ - _____ - _____

・ を付け必要事項を記入してください

日程: _____ 月 _____ 日(_____ 曜日)

網走 AM 9:30 10:00 10:30
PM 13:30 14:00 14:30

結果説明 PM 13:20 14:20
 郵送 AM 8:30 /PM 12:50 13:50

特定健診 あり あり(後期高齢) なし

助成(自治体): _____ 代金: _____
 伝書鳩 ホムパージ 道東
 その他(_____)

※キャンセル枠が出た場合の連絡 必要 不要