**（あて先ＦＡＸ番号）０４５－７５３－２９０４**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター | | | | | |  |
| **脳ドック・もの忘れドック予約申込書** | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| ふりがな |  | | | | | |
| ご氏名 |  | | | | | |
| 性別 | 男性 | | | 女性 | | |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 | | | | | |
| ご住所 | 〒 － | | | | | |
| 電話番号 | （ ） | | | | | |
| 当センターへの受診歴 | あり　　　・　　　なし | | | | | |
| 受診希望日  （第２・４土曜を希望される  場合は※をご参照ください） | 第1希望　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　時　　　　分 | | | | | |
| 第2希望　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　時　　　　分 | | | | | |
| 第3希望　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　時　　　　分 | | | | | |
| ※　**MRコースを希望される場合**は、  　時間（Ⓐ12時45分、Ⓑ13時45分、Ⓒ14時45分、  Ⓓ15時45分）もご記入ください。 | | | | | |
| ご希望のコース | □標準コース  （ 月 ・ 水 ・ 金 ） | | □MRコース  　　　　　（ ※第２・４土曜日） | | □もの忘れドック  （火曜日） | |
| 動脈硬化オプションＡ  （月・水・金） | ※標準コースのみに追加可能  □希望する　　　　　　□希望しない  オプションA＋（オプションAをご希望の方のみ追加可能）  □希望する　　　　　　□希望しない | | | | | |
| 動脈硬化オプションＢ  【ＬＯＸ－ＩＮＤＥＸ】  （月・水・金） | ※標準コースのみに追加可能  □希望する　　　　　　□希望しない | | | | | |
| 心臓ドックオプション  （水） | ※標準コースのみに追加可能  □希望する　　　　　　□希望しない | | | | | |
| ※　オプション検査は標準コースのみに追加できます。ＭＲコース・もの忘れドックには追加できま  　せん。 | | | | | | |
| ※センター記入欄（次の欄は記入しないでください。） | | | | | | |
| 受 付 日 | 令和 　 年 　 月 　 日 担当 | | | | | |
| 受 診 日 | 令和 　 年 　 月 　 日 （ ） | | | | | |
| 書類発送日 | 令和 　 年 　 月 　 日 担当 | | | | | |