**（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 |