



059-269-5588 へご送信ください



脳ドック申込書(FAX用)

ご注意

以下の1～5に該当する方はMRI検査を受けることが出来ないため、脳ドック及び脳検診はお申し込みできません。

1. 体内に心臓ペースメーカーのある方
2. 手術などで体内に金属が残っている方
3. 歯科・事故などで体内に金属が残っている方
4. 妊娠している方、または妊娠の可能性のある方
5. 入れ墨・アートメイクがある方

黒ボールペンで大きくご記入ください。

1. 希望するメニューをお選びください

コース	受診項目	希望の コースに ○をして ください
日本脳ドック学会が推奨するプランに、 さらに 認知機能検査 をプラス KKC脳ドックPlus	VSRAD検査(認知機能検査) 頭部MRI/MRA 頸動脈超音波検査 医師診察、身長・体重、腹囲、血圧、脈拍、BMI測定、尿検査(蛋白・糖・潜血)、血液検査(赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小板、総蛋白、アルブミン、総コレステロール、HDLコレステロール、non-HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪、血糖、HbA1c、尿酸、尿素窒素、クレアチニン、eGFR)、心電図検査。	
日本脳ドック学会が推奨するプラン KKC脳ドック	頭部MRI/MRA 頸動脈超音波検査 医師診察、身長・体重、腹囲、血圧、脈拍、BMI測定、尿検査(蛋白・糖・潜血)、血液検査(赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小板、総蛋白、アルブミン、総コレステロール、HDLコレステロール、non-HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪、血糖、HbA1c、尿酸、尿素窒素、クレアチニン、eGFR)、心電図検査	
KKCドックや一般健診に、 脳検査を追加するオプションプラン 脳検診コース	頭部MRI / MRA 頸動脈超音波検査	

2. お客様の情報をご記入ください(全項目漏れなくご記入願います)

お名前		(フリガナ)	生年月日	年	月	日	性別	男性・女性
ご住所		〒	—	() ※ご予約を承りましたら、KKCよりお電話を致しますので、 日中で繋がりのやすい電話番号をご記入ください。				
お名前		(フリガナ)	生年月日	年	月	日	性別	男性・女性
ご住所		〒	—	() ※ご予約を承りましたら、KKCよりお電話を致しますので、 日中で繋がりのやすい電話番号をご記入ください。				

※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。※お時間については、KKCよりお電話にてご連絡致します。

ご予約ありがとうございます。記入漏れはございませんか？
FAX番号の間違いにご注意ください。