

私 費 ・ 検 診 申 込 書

下記ご案内事項をお読みいただき同意されましたら以下の記入欄にご記入ください。

申込日: 令和 年 月 日 ID.

フリガナ			□明・□大・□昭・□平・□令		確認欄			
氏 名			生年月日	年 月 日生	歳	受付	医師	会計
住 所	〒 ー (都・道・府・県) (区・市・町・村)							
連絡先	TEL① ー ー	TEL② ー ー						
携 帯	TEL① ー ー	TEL② ー ー						

本日希望される項目	概算(税別)			
☐ ;スマートドック脳リスク検診(ベーシックコース) (MRI/MRA検査)	¥22,000			
☐ ;スマートドック脳リスク検診(認知症コース) (MRI/MRA/VSRAD脳萎縮認知症計測/MMSE認知機能検査)	¥25,800			
☐ ;スマートドック脳リスク検診(脳卒中コース) (MRI/MRA/頸動脈エコー/心電図検査)	¥26,800			
☐ ;スマートドック脳リスク検診(フルコース) (MRI/MRA/VSRAD/MMSE/頸動脈エコー/心電図検査)	¥30,600			
検査希望日				
第一希望; 令和 年 月 日 (曜日) □ 午前(9:00~) ・ □ 午後(14:00~)				
第二希望; 令和 年 月 日 (曜日) □ 午前(9:00~) ・ □ 午後(14:00~)				
第三希望; 令和 年 月 日 (曜日) □ 午前(9:00~) ・ □ 午後(14:00~)				
※平日は月・水・木・金曜日となります。				
※土曜日を希望される場合は、午前限定となります。				
※検査結果＝検査日より2週間以降で予約が必要です。				

ご案内事項

- 1) 当院で提供する項目は、診療体制に沿って検討してご提供するものであり、内容に限りがございますことをご了承ください。
 - 2) 上記の希望内容によっては、書類を当日交付できません。
 - 3) 希望される内容によって、当日実施までにお時間を要するケースがあります。
 - 4) 検査には、お時間を要します。その後の予定をご調整ください。
 - 5) 結果説明は、検査日から2週間以降となりますので、必ずご予約を忘れずにお願いします。
 - 6) その他ご質問事項がございましたら受付へお問合せください。
- 以上の申込にたいしての概算料金は、次の通りです。

上記項目の「オーダー」 □未です □済みです	概算料金(税別) ￥	-		
------------------------	------------	---	--	--

ご精算は、現金またはクレジットカードのご利用が可能です。

《取り扱い可能なクレジットカード》

