

令和4年度 脳ドック検診申込書

①	国民健康保険 被保険者番号		
②	郵便番号		
③	住所	北斗市	
④	フリガナ 氏名		
⑤	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
⑥	年齢	歳	
⑦	性別	男・女	
⑧	電話番号 ※日中に連絡のとれる番号をご記入ください	() -	
⑨	確認事項 ※該当項目がある場合は受診できない医療機関があります。	・心臓ペースメーカー装着 <small>(全医療機関NG)</small>	有・無
		・人工関節・外科用クリップ・磁石により装着する義歯等、体内に金属あるいは磁気性質をもつものが埋め込まれている	有・無
		・人工内耳を使用している	有・無
		・暗所・閉所恐怖症の方	有・無
		・脳神経外科にて治療歴がある	有・無
		・妊娠 <small>(可能性)</small> している <small>(全医療機関NG)</small>	有・無
⑩	医療機関名	1) 第1希望	市立函館・中央・医師会・脳神経外科・西部脳神経・新都市
		2) 第2希望	市立函館・中央・医師会・脳神経外科・西部脳神経・新都市

受付窓口

受付日時

月

日

AM・PM

:

受付番号

(担当課処理欄につき記載不要)

昨年度受診無 確認事項確認

注意!

○昨年度受診した方は、今年度の受診はできません。

○検査項目比較表は必ずご確認ください。