

# 令和8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	フリガナ		
	氏名		
③	性別	男 ・ 女	
④	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
⑤	年齢	歳	
⑥	郵便番号		
⑦	住所	北斗市	
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(可能性)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 ・ 新都市 ・ 西部脳神経
		2) 第2希望	市立函館 ・ 中央 ・ 医師会 ・ 脳神経外科 ・ 新都市 ・ 西部脳神経

受付窓口

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。