

脳ドック・脳チェック申込書

氏名	フリガナ		性別
			男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H	年 月 日生 () 歳	
自宅住所	〒		
	電話 (自宅) / (携帯)		
勤務先名			
平日14:00～16:00の 間につながる連絡先	□自宅 □携帯 □勤務先 電話()		
	※御希望の時間帯の記入をお願いします。()		
希望健診	□脳ドックフルコース 70,000円(税込) ・月・水・金(祝日除く)8:45～14:30		
	□脳チェック 22,000円(税込) ・月～金(祝日除く)17:00～19:00 ・土(祝日除く)9:00～12:00		
健診希望日	第1希望 令和 年 月 日 (曜日)		
	第2希望 令和 年 月 日 (曜日)		
	※申込日より2週間後以降の希望日をお書きください。予約状況によりご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。		
当院受診歴	□有 □無 □不明		
	└─いつ頃受診されましたか? ()		

※体内に心臓ペースメーカーなどの電子機器や、脳動脈クリップ・人工関節などの金属が埋め込まれている方、妊娠中またはその可能性がある方、閉所恐怖症の方は、検査を受けることができない場合があります。



【お申込み・お問合せ窓口】

一般財団法人 広南会 広南病院 脳ドック担当

〒982-8523 宮城県仙台市太白区長町南4丁目20番1号

ナビダイヤル 0570-077703 (平日 14:00~16:00)

F A X 0 2 2 - 2 4 8 - 1 9 6 6

必要事項をご記入の上、広南病院あてにFAXか電話でお申込みください。確認後、脳ドック担当者から指定連絡先にご連絡いたします。

2026.5 改定