

MIクリニックFAX専用 検診申込書

フリガナ ★					
氏名 ★					
生年月日 ★	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日 歳
住所 ★	〒 -				
	電話	-	-	-	-
	携帯	-	-	-	-
検診結果 送付先	検診結果等、上記住所以外への書類の送付を希望される方は、ご記入下さい。				
	〒 -				
	電話	-	-	-	-

▼ ご希望の検診コースに✓印をつけてください。

検診コース ★	<input type="checkbox"/> 総合がん検診	(PET-CT・MRI・超音波検査等による総合的ながん検診)
	<input type="checkbox"/> 基本がん検診	(PET-CT・血液検査)
	<input type="checkbox"/> PET-CT検診	(PET-CT検査のみ)
	<input type="checkbox"/> PET-CT検診+頭部MRI&MRA検査	(PET-CT・MRI検査)
	<input type="checkbox"/> 脳ドック	(MRI・MRA・超音波検査等による検診)
	<input type="checkbox"/> スタンダード認知症脳ドック	(脳ドック・MCIスクリーニング・MMSE)
	<input type="checkbox"/> スペシャル認知症脳ドック	(スタンダード脳ドック・MoCA-J・RBMT・APOE遺伝子検査)
<input type="checkbox"/> MI乳がん検診	(マンモグラフィ・乳腺超音波)	

オプション コース	<input type="checkbox"/> マンモPET乳がん検診	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ乳がん検診	
	<input type="checkbox"/> 心臓検査	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査
	<input type="checkbox"/> スタンダード認知症セット	<input type="checkbox"/> スペシャル認知症セット
	※ 2つ以上のオプション検査追加は、検査を2日間に分けて行う場合がございます。	
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査	
※ 子宮がん検診・胃内視鏡検査は、提携施設での受診のため、当院での検査日とは異なります。		

疲労睡眠 ドック	<input type="checkbox"/> 疲労睡眠ドック	
	<input type="checkbox"/> 簡易疲労検査	<input type="checkbox"/> 疲労ストレス測定 <input type="checkbox"/> 酸化ストレス測定

予約希望日 ★	①	年	月	日	連絡方法 : 自宅・携帯 希望時間帯 ()
	②	年	月	日	
	③	年	月	日	

備考	
----	--

必要事項(★)をご記入のうえ、FAXにてお申込み下さい。

医療法人 仁泉会 MIクリニック
〒560-0004 大阪府豊中市少路1丁目12-13

FAX. 0120-730-808