

令和7年度

脳ドック申込書

帯広市長 様

令和7年4月 日

ふりがな

1. 申込者氏名

2. 生年月日 大・昭 年 月 日 (年齢 満 歳)

3. 住 所 帯広市

4. 電話番号 () ー

5. 確認事項①

脳疾患で治療中または経過観察中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

※ 「はい」と答えた方のみ、必ず下記(ア)の質問にお答えください

(ア) 脳外科の主治医から受診許可は出ていますか？(いいえの方は申し込みできません)

☐ はい ☐ いいえ

6. 確認事項②

体内に金属類やインプラント類、アートメイク等がありますか？ ☐ ある ☐ ない

※ 「ある」と答えた方のみ、必ず下記(イ)(ウ)の質問にお答えください

(イ) 体内金属類やインプラント類、アートメイクなど該当するものがある場合に○印をつけてください。

(A) ペースメーカー、埋め込み型除細動器、人工内耳、可動性義眼 (申し込みできません)

(B) 人工関節、インプラント、磁石式入れ歯、動脈瘤クリップ、ステント、その他金属類

(C) アート眉やアイライン等のアートメイク、入れ墨や外ウー等

(ウ) 上記(イ)に関して、MRI・MRA検査を受けられるか、医師に確認済みですか？

☐ はい ☐ いいえ

※ 「いいえ」と答えた方の場合、当選しても医療機関によっては受診できないことがあります。

※ (C)に該当する方は厚生病院、十勝ヘルスケアクリニックを受診できません。他の医療機関を選択してください。

7. 対象者区分 裏面の「○対象者」の項目をよく読んで区分を確認し、該当する方に ✓ をつけてください

☐ 国保枠

☐ 後期枠

8. 希望病院 希望する病院を1つ選び ✓ をつけてください

国保枠 の方はこちらから選択

- ☐ 1. 開西病院
- ☐ 2. 帯広厚生病院
(厚生病院から受診日が指定されます)
- ☐ 3. 帯広第一病院
- ☐ 4. 北斗病院(受診期間は1～3月です)
- ☐ 5. 西おびひろ脳神経クリニック
- ☐ 6. 十勝ヘルスケアクリニック
- ☐ 7. 特に希望なし

後期枠 の方はこちらから選択

- ☐ 1. 帯広厚生病院
(厚生病院から受診日が指定されます)
- ☐ 2. 帯広第一病院
- ☐ 3. 北斗病院(受診期間は1～3月です)
- ☐ 4. 西おびひろ脳神経クリニック
- ☐ 5. 十勝ヘルスケアクリニック
- ☐ 6. 特に希望なし

9. 希望する病院以外で当選した場合、当選を辞退しますか？ 該当する方に ✓ をつけてください

☐ する ☐ しない

抽選で当選となった場合でも、病院ごとに受診人数の制限があるため希望どおりの病院にならない場合があります。

当選決定後は、「希望の病院と違う」という理由での変更・キャンセルには応じられませんので、ご了承ください。

※ 対象者区分を確認し、記入間違い・記入漏れのないようお申し込みください