

令和8年度

脳ドック申込書

帯広市長 様

記入日 令和8年 月 日

ふりがな

1. 申込者氏名

2. 生年月日 昭和 年 月 日 (年齢 満 歳)

3. 住 所 帯広市

4. 電話番号 () -

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？(いいえの方はお申込みできません)

☐ はい ☐ いいえ

確認事項②

体内に金属類やインプラント類、入れ墨等がありますか？ ☐ 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、入れ墨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 (お申込みできません)

(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) 入れ墨や外ウー、アート眉やアイライン等のアートメイクなど

(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。

6. 希望医療機関 いずれか1つを選び ✓ をつけてください

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. 開西病院 | ☐ 4. 十勝ヘルスケアクリニック |
| ☐ 2. 北斗病院(受診期間は1～3月です) | ☐ 5. 特に希望なし |
| ☐ 3. 西おびひろ脳神経クリニック | |

7. 希望医療機関を選択した方について(特に希望なしの方は回答不要です。)

医療機関ごとに受診人数の制限があるため、希望する医療機関で当選とならない場合があります。当選決定後に、「希望の医療機関と異なるため」という理由での変更やキャンセルには応じられませんので、希望する医療機関以外で当選した場合、該当する方に ✓ をつけてください。

☐ 当選を辞退しない ☐ 当選を辞退する

※ご本人以外の方がお申込み記載する場合は、必ずご本人の同意を得た上でお申込みください。