

脳検査 基本コース

オプション

様

窓口負担額（税込）

円

生年月日：

ID：

クレジットカードや一部の電子マネーもご利用いただけます。

健診日

（所要時間：約2時間30分） **上記時間までに、受付とお支払いをお願いいたします。**

持参するもの

この用紙・問診票・MRI問診票・お薬手帳など・マイナ保険証など（後日受診、必要時）
必要な方は、靴下・メガネ（老眼鏡）・コンタクトレンズや各種ケース・アイマスクなど

検査内容

血圧
尿検査



問診
血液検査
身体計測



頸部エコー
心電図
認知機能スクリーニング検査



頭部MRI
頭部MRA
頸椎MRI



診察
保健指導

◆下記をご一読いただき、に✓をして、当日この用紙をご持参下さい。

当日の飲食

◇午前予約：起床後、水やお茶のみ摂取可能です。

◇午後予約：朝食を早めに済ませ、その後は水やお茶のみ摂取可能です。

（※一部のオプション検査を除き、午前、午後ともに血液検査を受けない方は、飲食に制限はありません）

病院処方
薬について

◇糖尿病治療中の方：主治医の指示に従って下さい。

◇それ以外の方：通常通り、内服・使用して下さい。

服装の
お願い

◇一部のオプション検査を除き、着替えはしません。一時的に裸足になっていただきます。

◇上半身に金属類（ファック等）のない首回りの開いた服装で（EKG検査で首にジェルを塗って検査をします）

MRI
検査

◇強力な磁場が発生する機器に入って検査を行う為、細かい注意事項があります。

必ず、同封の「脳ドックMRI検査を受けられる方へ」を、ご一読下さい。

◇本人の都合（狭い所が苦手・閉所恐怖症など）により、当院指定のMRIで検査ができなかった場合には、CT・レントゲン検査に変わり、頭部血管撮影はできません。その場合、料金の返金はいりません。

時間
・
診察

◇検査や診察は、おおよその開始時間が決まっていますが、救急や具合の悪い患者様が優先の為、待ち時間が長くなる事や診察を後日をお願いする場合があります。

◇（土）は結果説明・診察がありません（後日診察は可能です）

日程変更
キャンセル

◇日程変更やキャンセルは、受診日の2週間前までにご連絡下さい。

手数料が発生する場合があります。必ず同封の案内文を、ご一読ください。

料金

◇オプション検査（一部を除外）を除く上記検査につきまして、ご本人の希望や都合により受けない場合（頭部の撮影できなかった、尿検査しなかった等）でも、返金はいりません。

本日の検査結果により、主な所見の説明パンフレットをお渡しします。（郵送含む）ご希望に✓をお願いします。

二次元コード読み込みのパンフレット希望

所見毎に、紙のパンフレット希望

お問い合わせは、もみのき病院ドック室 電話（088）843-7127へお願いします。

（脳ドック） MR検査を受けられる方へ

※頭部や上半身に限らず、全身の確認が必要です。

MRI検査を安全に受けて頂くために、事前に以下の注意事項（表・裏）をご覧ください。

【健診予定日】

【氏 名】

①次に該当する方は、MRI検査が受けられません。 もみのき病院ドック室へご連絡ください。

心臓ペースメーカー・人工内耳
可動型義眼の装着
除細動器などの埋め込み手術を受けた方

妊娠中の方
妊娠の可能性のある方

目に異物が残っている方
（眼窩内異物混入）

体内に精密機械を入れる手術をしている方

他医療機関から、MRI検査を禁止されている方

②次に該当する方は、MRI検査が可能か否か、治療を受けた病院や歯科へ確認が必要です。確認後、MRI検査が不可となった場合は、もみのき病院ドック室まで、ご連絡ください。

過去の手術や現在、治療しているもので、体内に金属類が入っている方

裏面参照 ①②

歯科インプラントや
歯科矯正をしている方
及び治療中の方

ステント留置（心臓・頸部など）術後
（原則6週間以内の方は禁忌）

③次に該当する方、可能性のある方は、事前にもみのき病院ドック室までご連絡ください。

閉所恐怖症の方
狭い所が苦手な方

裏面参照 ④

刺青・タトゥー
肩アートやまつ毛エクステ等
ジェルネイル
やけどや変色の恐れがあります
申告してください

咳が出ている・痰がからむ

体内金属の有無や素材の確認
ができなかった場合

④次のものは、ドック当日の着用や使用はご遠慮ください。装着したまま、検査はできません。

血糖値自動測定器
（主治医にご相談ください）

湿布・エレキバン・置き針

チャックや金属の着いた衣類
（主に上衣）

増毛パウダー
ボディスーツ
矯正下着
ヒートテック素材の衣類

検査前に取り外す物/持ち込めない物

以下の物は、故障や検査に影響することがあります。 検査前に取り外してください。（ケースなど持参ください）

- ・補聴器 ・義手、義足、義眼 ・装具 ・取り外せる義歯 ・カラーコンタクト
- ・アクセサリ類 ・ヘアピン類 ・安全ピン ・かつら ・ウィッグ
- ・携帯電話や電子機器 ・カード類 ・財布、小銭 ・鍵 ・時計
- ・ベルト ・チャックや金属ボタンなどの付いた衣類（主に上衣） ・サスペンダー
- ・湿布 ・使い捨てカイロ ・エレキバン ・コルセット ・サポーター ・その他金属類全般

<裏面もご覧ください>

次に該当する方は予めご連絡、ご相談ください

①MRI検査が受けられません。

- 心臓ペースメーカー、人工内耳、可動型義眼などの装着や除細動器（ICD、CRT-D）などの埋め込み手術をされている方。
- 交通事故・板金・溶接などで目のケガをして、異物が残っている方（眼窩内異物の混入した方）
- 妊娠中、または妊娠の可能性のある方。
- MRI検査を他の医療機関から禁止されている方。

②治療を受けた病院や歯科へMRI検査が可能か否か、ご確認ください。

- 平成9年以前に、脳動脈瘤の手術を受けられた方。
- ステント留置（心臓・頸部・その他）術後の方。 6週間以内は原則禁止。
- 十字靭帯再建用Perfix-Interference-Screwの手術をされた方。
- 避妊リグ、胸骨ワイヤ、消化管ステント、脳室シャットが体内にある方。
- 過去の手術や治療中の疾患で体内に金属がある方（金属の種類：鉄・Alミ・合金・川等や大きさ、部位の確認も要）
- 歯科インプラントや歯科矯正をしている及び治療中の方。
- その他、体内に精密機械を入れる手術をした方。

③やけどや変色の恐れがあります。可能性を了承された場合のみ検査が可能です。

- 刺青、タトゥー、アートメイク（眉アート・まつ毛エクステなど）、ネイルアート（ジェルネイルなど）等

④その他（場合によっては、検査が受けられない事があります）

- 増毛パウダーは使用しないでください。 かつら、ウィッグ、刺青などの方は、申告してください。
- 閉所恐怖症や狭い所が苦手な方は、早めのご連絡をお願いいたします。（CT検査、レントゲン検査に変更）

当院指定の機器で検査が受けられない場合は、CT検査（頭部）レントゲン検査（頸椎）への変更が可能です。その場合は、頭部血管撮影はできません。 また、料金の返金はございませんので、ご了承ください。

検査内容

※アイマスク（金属なし）なども使用可能です。必要な方は、ご持参ください。

- ① 撮影時間は約20分～25分。 検査担当者の指示に従って、検査台の上に寝て頂きます。
- ② 身体の位置が決まったら、検査台が自動的に装置の円筒内に入っていきます。
- ③ 検査中、かなり大きな連続音が周囲から聞こえます。 身体を動かさないようご協力ください。（耳栓を準備しています）
- ④ 検査終了後、検査台から降り退室して頂きます。

★ 当院では連続してMR検査を行うため、基本的に担当者から声かけをしますが、

不安感等ある方は、あらかじめ係員までお知らせください。対応をさせていただきます。

★ MR室内にはカメラでMR室内を撮影し、検査台にマイクも備え付けています。

万が一、気分が悪くなった場合は、検査担当者といつでも連絡をとれる準備をしています。

お問い合わせは、（088）-843-7127 もみのき病院ドック室まで、お願いいたします。

健診日： _____

脳ドック 基本コース 受診者用

健康診断問診表

表・裏両面にご記入のうえ、当日ご持参ください

※ お薬手帳をお持ちの方は、当日問診表と併せてご持参ください

ID	フリガナ		性別	
	氏名			
生年月日		() 歳		
動機・ 受診歴	◆脳神経外科外来を受診したことはありますか (当院以外も含む)			
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____ 年 _____ 月頃受診 症状 () 診断 ()			
	◆当院以外で脳ドックを受診したことはありますか			
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____ 年 _____ 月頃受診 <input type="checkbox"/> 指摘項目あり () <input type="checkbox"/> 異常なし			
◆最近受診した健康診断 (定期健診・特定健診・人間ドック・脳ドック) はいつ頃ですか _____ 年 _____ 月頃				
また、その健診で何か異常を指摘されたり、再検査が必要などと言われた項目はありましたか				
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()				
◆今回の脳ドックの受診動機について				
<input type="checkbox"/> 脳卒中予防のため <input type="checkbox"/> 自覚症状が気になるため <input type="checkbox"/> 家族・血縁の人が脳卒中になったため <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他 ()				
病 歴	◆以下の疾患について、記入・当てはまるもの全てに☑をつけて下さい。			
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 [脳梗塞、脳出血 くも膜下出血]	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 高血圧	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 脂質異常 [コレステロール 中性脂肪]	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 心疾患・不整脈	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	<input type="checkbox"/> 肝障害	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
<input type="checkbox"/> 腎障害	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治	
<input type="checkbox"/> 貧血	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治	
歴	◆上記以外の疾患 (骨折などのケガ等も含む) があれば記入し、当てはまるもの全てに☑をつけて下さい。			
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
	()	歳～	歳	<input type="checkbox"/> 薬を使用 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 入院・手術 <input type="checkbox"/> 治療中断・放置 <input type="checkbox"/> 完治
◆上記について補足事項などがあれば記入してください				
例：糖尿病で食事／運動療法を開始したばかり、前回の健診で高血圧を指摘され家庭血圧測定を開始し経過観察中 など				
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>				
自覚 症状	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 物が二重に見える
	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 手のしびれ	<input type="checkbox"/> 足のしびれ <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> 体重増加	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気
	<input type="checkbox"/> 物忘れが気になる	<input type="checkbox"/> その他 ()		

家族歴	◆血縁者で以下の病気にかかった方はいますか？（亡くなられた方も含む）								
	脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	脳動脈瘤	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	高血圧	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	心臓病（心筋梗塞、狭心症など）	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	脂質異常	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
	認知症	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば
癌	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> おじ	<input type="checkbox"/> おば	

◆ 生活習慣についてお聞きします。当てはまるものに☑や○を、または（ ）内に記入をしてください。

食事	●食事は3食とりますか <input type="checkbox"/> 3食とる <input type="checkbox"/> 抜くことがある（朝・昼・夕）
	●就寝前2時間以内に夕食をとりますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（週3回未満） <input type="checkbox"/> ある（週3回以上）
	●間食や糖分入り飲料を摂取しますか <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 全くとらない
	●1日に水分はどのくらいとりますか（水・お茶のみ） <input type="checkbox"/> 500ml未満 <input type="checkbox"/> 500ml～1L <input type="checkbox"/> 1～1.5L <input type="checkbox"/> 2L以上
	●食生活で気を付けていることや工夫していることがあれば、記入してください （例：減塩調味料を使用している、炭水化物を控えている、健康飲料・健康補助食品を利用している など） []
嗜好品	1. お酒（日本酒・焼酎・ビール・洋酒など）は、どの位の頻度で飲みますか。 （「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月1～3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
	2. 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。 <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
	日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 <input type="checkbox"/> ビール（同5度・500ml） <input type="checkbox"/> 焼酎（同25度・110ml） <input type="checkbox"/> ワイン（同14度・180ml） <input type="checkbox"/> ウイスキー（同43度・60ml） <input type="checkbox"/> 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）
	3. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（習慣的とは、条件1と条件2を両方満たす者） <input type="checkbox"/> はい（①：条件1・2両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない（②：条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（①・②以外） 条件1：最近1カ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
運動	1. 1回30分以上の運動を習慣的におこなっていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 ⇒ （ ） （例：ウォーキングを週2回、1回30分～1時間程度 など）
	2. 日常生活でよく身体を動かしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 ⇒ （ ） （例：よく階段を使用する、立ち仕事が多い、家事をしている時間が多い、日中は農作業をする、自転車で片道30分通勤 など）
	3. 1または2で「いいえ」に☑をした方、できない理由は何かありますか <input type="checkbox"/> 興味がない <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 体の調子が悪い <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	1. この1年間で体重の増減はありましたか <input type="checkbox"/> はい （ ）kg 増・減 <input type="checkbox"/> いいえ
	2. 睡眠で十分な休養はとれていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ◆ありがとうございました。その他、何か気になることなどがあればご記入ください。 []

脳ドック・企業健診をご予約の皆様へ

この度は、脳ドックをご予約いただき、ありがとうございます。

当院では、感染症予防のため、次の通り、独自の受診制限を継続しています。

受診制限や院内でのマスク着用等、感染対策にご協力をお願い申し上げます。

①～③に該当される方は、原則、**受診延期**（健診当日を含む）をお願いしております。

①～③に該当された方、体調不良の方は、**来院されず、事前に**

もみのき病院ドック室 ☎（088）843-7127 まで、ご連絡をお願いいたします。

<受診予定日の**1週間前～健診当日**の健康状態などについて >

- ① 体温37.5度以上を認めたことがある方（平熱が37.5度以上の方も、ご連絡下さい）
- ② せき、鼻水、のどの痛みなど症状がある方（症状のあった方）
- ③ ご自身が、新型コロナ陽性者や同居のご家族が感染し濃厚接触者となった場合

・当日は、マスク着用の上、体温測定、①～③の質問を含む問診表にご記入をお願いいたします。

・各種感染症の拡大により、脳ドック・健診が延期になる場合があります。

その際は、当病院よりご連絡いたしますので、ご協力のほど何卒お願い申し上げます。

・上記、制限内容につきましては、予告なく変更する事があります。予め御了承下さい。

ご不明な点などございましたら、ご連絡いただけますと幸いです。

高知県健康パスポート事業について

当院は、高知県健康パスポート事業に参加しています。

脳ドックはグリーン1ポイントを取得できます。

QRコードをドック室前に掲示しておりますので、健診当日ご利用下さい。

なお、QRコードの読み込みは、原則院内でのみとなります。 予め御了承下さい。

医療法人治久会もみのき病院 ドック室

電話（088）843-7127 ドック室専用

脳ドックキャンセル・日程変更に関する事務手数料のお願い

この度は、脳ドックをお申込みいただき、誠にありがとうございます。

脳ドックは完全予約制の為、より多くの皆様に受診頂けますよう、キャンセルポリシーを改訂し、次の内容をお願いする運びとなりました。恐れ入りますが、ご理解の程、よろしくお願い申し上げます。

【改定内容】

- ①日程変更回数制限の設定：2回まで。年度内3回目の変更はできない為、キャンセルとなります（※1）
年度内4/1～3/31・但し、各団体の健診期間を優先とします（※2）
- ②キャンセル・変更事務手数料の徴収：受診者様にご請求させていただきます。下表をご覧ください。

【キャンセル事務手数料】

2日前～当日のキャンセル	3,300円（税込）	受診者様へ振込のご案内を送付
--------------	------------	----------------

【日程変更事務手数料】

1回目・2回目	2日前～当日の変更 各3,300円（税込）	健診料金と併せて徴収
日程変更回数 制限を超えた時	7日前～当日の変更 3,300円（税込）	今年度の予約はできません（※1）（※2） 受診者様へ振込用紙を送付
	8日前までの変更 無料	今年度の予約はできません（※1）（※2）
◆キャンセルや変更は、下記時間内に健診担当者が確認した時を基準とさせていただきます。（留守電不可） 手数料発生期限が、土日・祝日、年末年始（12/30-1/3）等の場合、前営業日までにご連絡下さい。		

【キャンセル・変更の受付時間】

平日：8：30～17：00	電話（088）843-7127 ドック室専用（留守電不可） ※つながらない場合は、電話（088）840-2222へおかけ下さい。
土日・祝日 年末年始（12/30-1/3）	キャンセル・変更の受付は、平日のみとなります。 お手数ですが、上記時間内に、ご連絡ください。

医療法人治久会もみのき病院 ドック室

事務手数料発生例：【1回目・2回目】 【2日前～当日変更の場合】

5/13（水）予約日 → 5/9（土）から手数料が発生します。

5/8（金）までにご連絡いただいた方は、手数料はかかりません。

※変更回数の制限を超えた時は、手数料発生期限が異なりますので、ご注意ください。

日	月	火	水	木	金	土
26	27	28	29	30	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16

- ：脳ドック受診日
 ■：手数料3,300円
 ■：前営業日