

ふりがな		性 別	生年月日
名前		男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒 県		
電話番号	(携帯)	(自宅)	

■ご希望される受診形態（検診外来/検査入院）と、コースおよび検査内容にチェック☑ を付けてください。

* 各受診形態でご案内できる検査が異なります。

☐ 検診外来	☐ Aコース	☐ PET ☐ 胃カメラ ☐ 頭部MRI ☐ 認知機能検査
	☐ Bコース	☐ PET ☐ 頭部MRI ☐ 認知機能検査

☐ 検査入院 ➡ ☐ 2泊3日 ☐ 3泊4日	オプション 検査希望	☐ ①胃カメラ（大腸カメラとの併用不可） ☐ ②頭部MRI ☐ ③大腸カメラ（大腸カメラご希望時は、3泊4日になります） * 全ての検査を実施することが困難なこともあります。
希望順に番号を記載してください		

希望日	第一希望	第二希望
	年 月 日 ()	年 月 日 ()

特に調べてほしいこと（複数回答可）

*当てはまる項目にチェック☑を付けてください

☐ 関節 ☐ がん ☐ 生活習慣病 ☐ 歯科 ☐ 認知機能 ☐ 心理状態 ☐ 社会資源利用状況

☐ その他 ()

上記を含めて気になる症状などをご記載ください。

【記載者】	医療機関	
	診療科	医師名
	住所	
	電話	