「もの忘れドック」申込書

ＦＡＸ　０３－５６３２－３１６３

上記の番号に、下記情報をＦＡＸでご連絡してください。
なお、郵送の場合には、次の住所にお送りください。

〒136-0075　東京都江東区新砂３－３－２０
順天堂東京江東高齢者医療センター
もの忘れドック宛

（フリガナ）　（　　）

受診者氏名：　　様

性　　別　：　男　・　女

生年月日　：　大・昭　　年　　月　　日（　　歳）

住　　所　：〒

電話番号　：

体内金属の有無：　（ なし ・ あり[医療機関情報照会が必要です]）

近年の体内金属は非磁性体のものの場合が多いですが、まれに磁性体を使用していることがあり MRI 検査を行えない場合がありますので、手術をお受けになった医療機関に事前に情報照会なさってください。不明な場合には MRI 検査の代わりに CT 検査を行います。

医療機関情報照会:（ しました[検査可] ・ していません ）

身　長・体　重：　身長　　cm・体重　　kg

注射・薬ｱﾚﾙｷﾞｰ：　（　なし　・　あり[　　]）

糖 尿 病 診 断：　（　なし　・　あり(服薬中)(ｲﾝｽﾘﾝ注射)　）

※その他服薬中のお薬がある場合、お薬手帳をご持参下さい。

受診者様以外の連絡をご希望の場合

ご連絡先氏名：　　様　（続柄：　　）

住　　所：〒

電話番号：

（日中、ご連絡可能な番号をご記入願います）　以上