



## アンチエイジングドック問診票及び同意書

妊娠の可能性がある (※骨密度検査では少量の被爆があります)	はい・いいえ・わからない
乳癌の手術歴がある	はい・いいえ
透析で通院をしている	はい・いいえ
甲状腺・副甲状腺疾患の既往歴がある	はい・いいえ(病名: _____ )

\* 抗加齢ドックでは、医師の診察は行ないません。

\* 骨密度検査では少量の被爆があります。この検査による被爆線量により放射線障害が発生することはありません。(妊娠中の方は検査ができない場合があります)

上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、抗加齢ドックを受診することに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ご署名 \_\_\_\_\_



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC

# アンチエイジングドック

● ご希望の検査をレ点でチェックして下さい。複数可。※結果は後日郵送致します。

頚動脈エコー+血圧脈波検査 ¥4,700

骨密度検査 ¥5,200 ※微量の放射線被爆があります

セット(頚動脈エコー+血圧脈波検査+骨密度検査) ¥9,900

● 登録に必要な項目ですので全ての欄にご記入をお願い致します。

以前、以下枠内の施設を受診されたことがある場合は○印で囲んで下さい。

北原ライフサポートクリニック ・ 北原国際病院 ・ 北原RDクリニック

フリガナ

氏名 : \_\_\_\_\_

性別 : 男 ・ 女

生年月日 : 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

電話番号 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

都道  
府県

区市  
郡村

町区

● 抗加齢ドックをどのようにお知りになりましたか？ (○で囲んでください)

- ・ 以前受けた事がある
- ・ 当院ホームページ
- ・ インターネット (検索ワード : \_\_\_\_\_)
- ・ 知人からの紹介
- ・ 外来受診の際
- ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

当日 ・ 予約 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 (時間帯 12時~16時30分)



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC