

## 令和6年度 みよし市脳ドック事前申込書

みよし市長 殿

令和6(2024)年 月 日

下記のとおり「令和6年度 みよし市脳ドック受診券」の発行を申請します。

なお、受診券を不正に使用した場合、市の求めに応じ助成費用を自己負担します。

氏名	ふりがな	男 女	生年月日	昭和 年 月 日
住所			電話番号	
希望医療機関（どちらかに○をつけてください） みよし市民病院 ・ いしい外科三好クリニック				

**【確認事項】 以下の条件をすべて満たす方が対象です。□に✓を入れ、署名をしてください。**

- 令和7年3月31日時点の年齢が、40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳である。
- みよし市に住民登録がある。（※検査受診日にみよし市に住民登録のない場合は対象外です）
- 職場などで脳ドック検査の受診機会がなく、受診費用の助成もない。
- 下記の項目すべてにおいて、承諾します。

- 体内に金属（人工関節など）や機器の埋め込み（人工内耳やペースメーカーなど）などのMRI検査に支障がある場合は検査できません。
- 妊娠中や妊娠の可能性のある方は検査できません。
- 脳血管疾患の治療中または既往歴のある方は検査対象外です。
- 現在、頭痛など脳血管疾患を疑うような症状がある方は対象外です。
- 閉所恐怖症の方や、長い間じっとしていることができない方は検査ができない場合があります。
- 実施医療機関で病気などの確認が必要といわれた場合は、ご自身の主治医にご相談をお願いする場合があります。
- 取り外すことのできない歯科矯正器具やインプラント、入れ歯がある場合は、鮮明な画像が撮れない場合や検査をお断りする場合があります。
- カラーコンタクト、かつら、アートメイク（落ちないメイク）、入れ墨のある方は検査をお断りする場合があります。（アートメイクや入れ墨がある場合、やけどをする可能性があります）
- 最後まで検査が実施できなかった場合は、助成の対象外となります。

上記確認事項について承諾しました。

年 月 日 署名

