

ご家族・従業員の方もOK

会員特別価格

脳卒中(くも膜下出血・脳梗塞・脳出血)  
脳腫瘍などの早期発見に役立ちます。

土日 検診もOK

# 脳ドック受診のご案内

ある日突然、自覚症状の無いままに発症することもある脳の病気。もし明日あなたが脳卒中に襲われたとしたら、ご家族や仕事、会社の従業員たちはどうなってしまうのでしょうか。責任のある立場であればこそ、突然の病気を未然に防ぎ、もしもの事態に備えておきたいものですね。

名古屋商工会議所の健康管理サービスとして、最新鋭のMRIでの検査を会員特別価格で受診いただけます。早めの受診で病気を未然に防ぎ、毎日をより一層精力的に過ごしてください。

## 最新鋭! 3テスラ-MRI 導入

検査費用は  
据え置き

このたび、GE社製・3テスラ-MRI(Discovery MR750w3.0T)が愛知県内で初導入されました。この導入により、以前よりも鮮明な画像を確認することができ、非常に微細な血管まで抽出可能です。最先端の撮影技術を用いて精度の高い画像処理を実現し、予防医療に貢献して参ります。

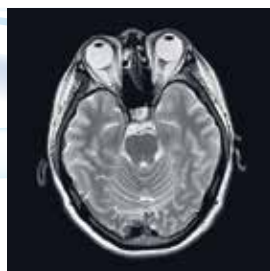


GE社製  
Discovery MR750w3.0T

《脳の血管撮影》



《脳の断層撮影》



※3テスラ-MRIでは磁場が強くなる為、体内体外装着金属類のある方は検査が出来ない可能性があります。事前にお問い合わせ下さい。  
※尚、3テスラ-MRIが金属等の為行えず、1.5テスラ-MRIでの検査となった場合も、検査費用の変更がない事をご了承下さい。



	検査内容(約2時間)		費用(1名様)	ペア受診時(1名様)
脳ドックAコース	問診、頭部MRI、頭部MRA、頸部MRA 頸動脈エコー検査、 血液検査(一般、生化学、凝固系)、認知症検査(2種類)、 心電図、尿検査、血圧、体重、身長、体脂肪率 総合診断(コンピュータ診断装置での説明、健康相談) 結果報告書	会員	83,600円 <small>(税込)</small>	72,600円 <small>(税込)</small>
		特定商工業者	86,900円 <small>(税込)</small>	
		一般	88,000円 <small>(税込)</small>	
脳ドックBコース	検査内容(約1時間) 問診、頭部MRI、頭部MRA、頸部MRA、 認知症検査(1種類) 結果説明(コンピュータ診断装置での説明) 結果報告書	会員のみ 特別コース	50,600円 <small>(税込)</small>	45,100円 <small>(税込)</small>

※ペア受診:ご夫婦でも、親子でもペアで同日同時間に脳ドックを受診し、と一緒に結果報告を受けていただける方に限り料金が割引となります。

《待ち時間なしの完全予約制です。》

検診場所



医療法人  
名古屋脳神経外科クリニック  
NAGOYA NEUROSURGICAL CLINIC  
名古屋脳ドック

長久手市下川原 10 番1 (地下鉄東山線「藤ヶ丘」駅より車で約5分)

TEL 0561-62-0505

●お申込・お問合せ / 名古屋商工会議所 会員サービス担当 TEL (052) 223-5636

裏面申込書



# オプション検査もお勧めします

オプション	1	頸椎MRI検査……………頸椎の精密検査	(15分)	22,000円	(税込)
	2	腰椎MRI検査……………腰椎の精密検査	(15分)	22,000円	
	3	肺ドック(肺ヘリカルCT) ……肺がんの早期発見	(5分)	16,500円	
	4	動脈硬化測定……………血管の硬さやつまり具合を測定	(5分)	3,850円	

## 脳ドックFAX申込書

下記に必要事項をご記入の上、名古屋商工会議所会員サービス担当までFAXしてください。

### FAX番号 (052) 221-7622

受診コースは、A.脳ドックAコース B.脳ドックBコースの 2コースです。

オプションは、1.頸椎MRI 2.腰椎MRI 3.肺ドック 4.動脈硬化測定 があります。

ご希望の方は下記の受診コース、オプションに○をつけてください。

●**受診申込者** ※ご記入いただいた情報は、本所および医療法人 名古屋脳神経外科クリニック・名古屋脳ドックからの各種連絡・情報提供のために利用することがあります。 (受付番号 )

No.	受診者名	性別 年齢	身長 体重	受診コース オプション	受診第1希望日	受診第2希望日	連絡先電話番号	当院での 受診	ペア 受診
1	フリガナ	男・女 才	cm kg	A・B 1・2・3・4	年 月 日 午前 時 分 午後	年 月 日 午前 時 分 午後	自宅 会社	・初めて ・2回以上	希望 ・無
	受診者住所 (〒 - )								
2	フリガナ	男・女 才	cm kg	A・B 1・2・3・4	年 月 日 午前 時 分 午後	年 月 日 午前 時 分 午後	自宅 会社	・初めて ・2回以上	希望 ・無
	受診者住所 (〒 - )								
3	フリガナ	男・女 才	cm kg	A・B 1・2・3・4	年 月 日 午前 時 分 午後	年 月 日 午前 時 分 午後	自宅 会社	・初めて ・2回以上	希望 ・無
	受診者住所 (〒 - )								
4	フリガナ	男・女 才	cm kg	A・B 1・2・3・4	年 月 日 午前 時 分 午後	年 月 日 午前 時 分 午後	自宅 会社	・初めて ・2回以上	希望 ・無
	受診者住所 (〒 - )								

受診日のご希望にそえない場合は、検診機関より空き日をご連絡いたします。

- 検診時間** 午前9時より午後5時 ※月曜休診(土日も検診できます。)
- 受診料** 受診日の確定後、振込先、注意事項等詳細をご案内いたします。
- 確認欄** ※必ずご記入ください。ご記入のない場合は一般料金になります。

事業所名			事業所番号	宛名に付した7桁の番号
住 所	(〒 - )			
T E L		F A X		