

# 脳ドック検診のご案内

令和6年度も定期健診とは別に、脳ドック検診を下記の通り実施することになりました。

脳ドック検診とは、未発症の脳疾患および脳血管疾患の危険因子を発見し、これらの発病あるいは進行を防止することを目的としています。

この機会に、受診され健康であることを確認してはいかがでしょうか？

## 【受診をお勧めする方】

- ◎頭痛や吐き気、めまいなどの症状がある方
- ◎高血圧、肥満、喫煙者など
- ◎脳卒中の家族がいる方  
(くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞など)
- ◎生活や勤務が不規則な方
- ◎過度なストレスが多い方

## 【脳ドックで次のような疾患の早期発見が可能です】

- ◎くも膜下出血の原因となる動脈のコブや血管異常
- ◎自覚症状のない脳梗塞・微小出血
- ◎脳卒中の危険因子(高血圧・高脂血症・糖尿病など)の発見
- ◎老人性認知症(アルツハイマーなど)の発見
- ◎脳腫瘍など機能的・器質的脳疾患の発見

## 【検査の受けられない方】

- ◎ペースメーカーを埋め込んでいる方
- ◎人口内耳・人口中耳を埋め込んでいる方
- ◎心臓や頸動脈にステントを1年半以内に入れた方
- ◎妊娠中の方・閉所恐怖症の方など
- ※事前にお問い合わせをしてください

## 対象者

\* 水戸商工会議所会員事業所の経営者・役員・従業員(家族含む)の方

## 実施日

\* 令和6年4月1日(月)～令和7年3月31日(月) ※日曜・祝祭日は除く  
\* 聖麗メモリアル病院 脳ドックセンターは、機械の入替に伴い、令和6年4月15日(月)から検診が可能となります。

## 申込方法

\* 裏面の申込書にご記入の上、商工会議所までFAXまたは、窓口にて申し込みください。  
\* 受付後、予約状況を確認し各病院から検診日時などをお電話いたします。

## お支払い

\* 検診料金は、受診時に病院へ直接お支払いください。  
\* 予防検診のため、健康保険は適用外となります。

### \* 聖麗メモリアル病院 脳ドックセンター\*

日立市茂宮町841 ☎0294-52-8531

### \* 聖麗メモリアルひたちなか\*

ひたちなか市馬渡2835-2 ☎029-219-8400

### \* 水戸ブレインハートセンター\*

水戸市青柳町4028番地 ☎029-222-7007

### \* 脳神経外科 ブレインピアひたちなか\*

ひたちなか市馬渡541-1 ☎029-219-7702

※脳検診A・Bコースのみの取り扱いとなっております。

### \* 脳神経外科 ブレインピア桜ヶ丘\*

東茨城郡茨城町奥谷1076 ☎029-292-1251

※脳検診A・Bコースのみの取り扱いとなっております。

	検査項目	料金
脳ドック (所要時間：約1時間)	頭部MRI検査(断層撮影)	会員
	頸椎MRI検査(断層撮影)	26,400円(税込)
	頭部MRA検査(脳血管撮影)	※一般受診料金
	頸部MRA検査(頸動脈撮影)	35,200円(税込)
オプション検査A	血液検査+尿検査+心電図検査	特別料金 2,090円(税込)
オプション検査B	血液検査+尿検査+心電図検査+頸部エコー検査+モノ忘れ検査	特別料金 8,800円(税込)

※オプションをお申し込みの方は食事制限があります。

※「聖麗メモリアル病院脳ドックセンター」と「聖麗メモリアルひたちなか」については、料金、検査内容(オプション含む)は同じ内容です。



	検査項目	料金
脳ドック検査コース (所要時間：2時間) ※水戸ブレインハートセンターのみ受診可能	頭部MRI検査・MRA検査/頸部エコー検査/認知機能検査/心電図/血液検査/尿検査 ※食事制限がございます。	45,100円(税込)
脳検診検査コースAコース (所要時間：1時間)	頭部MRI検査・MRA検査	12,100円(税込) ※ブレインピア桜ヶ丘(11,000円)
脳検診検査コースBコース (所要時間：1時間20分)	頭部MRI検査・MRA検査 頸椎MRI検査・頸部MRA検査	23,100円(税込) ※ブレインピア桜ヶ丘(22,000円)
脳検診検査コースCコース (所要時間：1時間30分) ※水戸ブレインハートセンターのみ受診可能	頭部MRI検査・MRA検査/頸椎MRI検査/頸部MRA検査/心電図/血液検査/尿検査 ※食事制限がございます。	39,600円(税込)

会員特典…MRI・MRA画像入りCDを贈呈(通常料金5,000円)

※この内容についてのお問い合わせは、水戸商工会議所 会員サービス課までお願いいたします。  
(TEL：029-224-3315)

水戸商工会議所 会員サービス課行  
FAX: 029-231-0160

## 脳ドック申込書

下記項目を全てご記入の上、送信してください。

【検査希望施設】 下記のいずれかに✓をして送信して下さい。

- 聖麗メモリアル病院 脳ドックセンター 住所：日立市茂宮町841番地 TEL 0294-52-8531(センター直通)
- 聖麗メモリアル ひたちなか 住所：ひたちなか市馬渡2835-2 TEL 029-219-8400
- 水戸ブレインハートセンター 住所：水戸市青柳町4028番地 TEL 029-222-7007
- 脳神経外科 ブレインピアひたちなか 住所：ひたちなか市馬渡541-1 TEL 029-219-7702
- 脳神経外科 ブレインピア桜ヶ丘 住所：東茨城郡茨城町奥谷1076 TEL029-292-1251

年 月 日

事業所名	電話番号
	F A X
住所	(〒 )

(フリガナ) 受診者氏名	-----		性別	生年月日	
			男・女	年	月 日生
受診者住所	(〒 )		電話番号 ※連絡がつく電話番号(携帯など)、時間をご記入ください		
			( ) 時頃 (17:00 まで)		
聖麗メモリアル病院 聖麗メモリアル ひたちなか をご希望の方	オプション検査 無 A B	受診希望曜日 曜日	水戸ブレインハート ブレインピアひたちなか ブレインピア桜ヶ丘 をご希望の方	検査コース 脳ドック A B C	受診希望曜日 曜日

(フリガナ) 受診者氏名	-----		性別	生年月日	
			男・女	年	月 日生
受診者住所	(〒 )		電話番号 ※連絡がつく電話番号(携帯など)、時間をご記入ください		
			( ) 時頃 (17:00 まで)		
聖麗メモリアル病院 聖麗メモリアル ひたちなか をご希望の方	オプション検査 無 A B	受診希望曜日 曜日	水戸ブレインハート ブレインピアひたちなか ブレインピア桜ヶ丘 をご希望の方	検査コース 脳ドック A B C	受診希望曜日 曜日

◎受診日の1週間前までに問診票、注意事項等の書類をご自宅へ郵送しますので、問診票に記入して当日お持ちください。

◎検査結果は、受診してから約2週間後に書面にてご自宅へ郵送いたします。結果に異常があった場合は、必ず受診してください。

※申込書にご記入頂いた個人情報につきましては、検診に係る受診者の確認、各提携医療機関への通知並びに受診者名簿の作成、各種連絡、情報提供のために利用させていただきます。