

☆ウェルネス使用欄
20 年 月 日() RNO コース記入[] コード[] 時間帯()

◎申込書の太枠の中をご記入下さい。

ご希望日 ① 月 日() ② 月 日() ③ 月 日()
ご受診施設 ウィメンズウェルネス天神 デュアル(女性専用)
保険証をもとにご記入下さい。 保険者名称
保険証記号 保険証番号 保険者番号
会社名
フリガナ 生年月日 S.H 年 月 日 (歳) 性別 ■ 女性 資格区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養(配偶者・家族)
お名前
送付先住所 (〒 -) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯TEL() - 勤務先TEL() -
ウェルネスご利用 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 複数回 受診着のサイズ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL

ご希望の検査項目に を入れてください。

胃検査 <input type="checkbox"/> 胃X線(胃透視) <input type="checkbox"/> 胃検査キャンセル(理由:) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(局所麻酔)・・・要事前予約 ※生検は保険診療適用
婦人科検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> しない(理由:)
乳がん検診 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> しない(理由:)

オプション検査(別途料金・税込)

- | | | |
|--|---|--------|
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィ 4,400円 | <input type="checkbox"/> AFP(肝臓) 2,750円 | 腫瘍マーカー |
| <input type="checkbox"/> HPV検査(子宮頸部細胞診検査とセット受診) 5,500円 | <input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺) 2,750円 | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜細胞診(子宮体がん)※1 5,500円 | <input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管) 2,750円 | |
| ※1 子宮頸部細胞診・経膈超音波とセット受診。火～金のみ実施。 | <input type="checkbox"/> シンフラ(肺) 2,750円 | |
| <input type="checkbox"/> 頰動脈超音波 3,850円 | <input type="checkbox"/> CA125(卵巣) 2,750円 | |
| <input type="checkbox"/> かくたん細胞診 3,300円 | <input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部) 1,540円 | |
| <input type="checkbox"/> 視野検査 2,200円 | <input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体 1,100円 | |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS) 3,300円
【返却方法→ <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込】 | <input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン) 2,200円 | |
| <input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)・・・要事前予約 25,850円
【提携施設での検査・平日のみ】 | <input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原) 1,100円 | |
| <input type="checkbox"/> 血圧脈波 2,750円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体) 1,100円 | |
| <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT) } 男性707(4F)に移動して受診 3,300円 | <input type="checkbox"/> C型肝炎検査(HCV抗体) 1,760円 | |
| <input type="checkbox"/> 胸部CT } 11,000円 | <input type="checkbox"/> ビタミンD 1,650円 | |
| | <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4) 3,300円 | |
| | <input type="checkbox"/> アディポネクチン 2,750円 | |
| | <input type="checkbox"/> sdLDL(超悪玉)コレステロール 3,300円 | |
| | <input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) 2,530円 | |
| | <input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法) 2,530円 | |
| | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種 7,700円 | |
| | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(アトピー(皮膚炎))16種 7,700円 | |
| | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(食物アレルギー)16種 7,700円 | |
| | <input type="checkbox"/> LOX-index 13,200円 | |
| | <input type="checkbox"/> マイナイチンゲール 14,300円 | |

☆ウェルネス使用欄	①入力 <input type="checkbox"/> ガイド <input type="checkbox"/> 属メモ <input type="checkbox"/> 再計算	②確認 <input type="checkbox"/> ガイド <input type="checkbox"/> 属メモ	③問診発送 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 喀痰	区分 1 2 3 4	承認書 利用券 受診券 転記 申請	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 画像診断 (時間 :)
	/	/	/		夫婦同日 ◆	

◎[予約日]をお知らせする葉書を送付致します。
◎ご受診日の7日前までに案内資料一式を送付致します。届かない場合は、お手数ですがご連絡下さい。
◎【利用券】【受診券】【通知書】【承認書】等の申請をお願い致します。(申請が必要ない場合もございます。詳細は健康保険組合にご確認下さい。)



〒810-0001 福岡市中央区天神1-14-4-7F 医療法人財団博愛会 人間ドックセンター ウィメンズウェルネス天神デュアル

予約センター TEL 0120-489-379 (月～金・10時～16時)

E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuikai.or.jp

(2024年度)