

ウィメンズウェルネス天神 デュアル お申込書
[Oコース専用]

FAX 092-711-0255

☆ウェルネス使用欄
20 年 月 日() RNO コース記入[]
コード[] 時間帯(8・9)

◎申込書の太枠の中をご記入下さい。*印は、いずれかに☑を入れて下さい。

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--|------------------------------------|--|--|--|
| 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 | | | | | | |
| 保険者名称 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small> | | | 保険者番号 | | | |
| 記号 | 番号 | 受診券番号 | | | | |
| 会社名 | | 有効期限 年 月 日 | | | | |
| フリガナ | | * <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養(配偶者・家族) | | <input checked="" type="checkbox"/> 女性 | | |
| お名前 | | 生年月日 T・S・H 年 月 日(才) | | | | |
| * 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 | | | | | | |
| ご希望の検査に☑を入れてください。 検査内容についてはオプション検査項目一覧表をご参照ください。 | | | | | | |
| * 胃検査 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 ※胃内視鏡において生検が発生した場合は、健康保険を適用いたします。 <input type="checkbox"/> 胃検査なし(理由:) | | | | | | |
| * 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(税抜) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィ | 4,000円 | <input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体 | 1,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> HPV検査(子宮がん検診を受ける方のみ) | 5,000円 | <input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン) | 2,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 | 3,000円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原) | 1,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> かくたん細胞診 | 3,000円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体) | 1,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 視野検査 | 2,000円 | <input type="checkbox"/> C型肝炎検査(HCV抗体) | 1,600円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS) | 3,000円 | <input type="checkbox"/> ビタミンD | 1,500円 | | | |
| 【返却方法:☐郵送(別途負担有)☐持込み】 | | <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4) | 3,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 血圧脈波 | 2,500円 | <input type="checkbox"/> アディポネクチン | 2,500円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT) | } 男性フロア(4F)での 受診となります | <input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) | 2,300円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT | | <input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法) | 2,300円 | | | |
| <input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA) | 23,500円 | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎) | 4,000円 | | | |
| 【提携施設での検査】 | | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(喘息) | 4,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> AFP(肝臓) | } 腫瘍 マ ー カ ー | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(皮膚炎) | 4,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺) | | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(食物) | 4,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管) | | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(花粉症) | 2,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> シフラ(肺) | | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(動物) | 2,000円 | | | |
| <input type="checkbox"/> CA125(卵巣) | | 2,500円 | <input type="checkbox"/> LOX-index | 12,000円 | | |
| <input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部) | | 1,400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 |
| / | / | / | | | | | ◆ 受付(8・9 時) <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 :) |

◎ 消費税については、受診日時点の税率を適用します。
◎ [予約日]をお知らせする葉書を送付致します。
◎ ご受診日の5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。)
◎ 胃内視鏡・脳検査は事前予約制です。



〒810-0001 福岡市中央区天神1-15-6-4F 特定医療法人財団 博愛会 人間ドックセンターウェルネス
予約センター TEL 0120-489-379(月～金・9時～17時)
E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuaikai.or.jp

(2020年度)