

ウェルネス天神 お申込書 (平成30年度)  
[Oコース専用]

FAX 092-711-0255

☆ウェルネス使用欄  
平成 年 月 日( ) RNO コース記入[ ]コード[ ] 時間帯( 8 9 10 )

◎申込書の太枠の中をご記入下さい。\*印は、いずれかにチェック「レ」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 <b>ウェルネス天神</b>					
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 平成 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"/> 男性		
お名前		生年月日 T・S・H		年 月 日( 才)	
送付先(* <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) (〒 - )					
連絡先 自宅TEL( ) -			その他(* <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先)( ) -		
*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"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL		
ご希望する検査項目にチェック「レ」を入れて下さい。					
*胃検査		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 胃透視 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 胃内視鏡 (生検が発生した場合は、健康保険を適用いたします。)			
オプション検査(税込) <small>ご希望の検査にチェックを入れて下さい。</small>					
<input type="checkbox"/>	かくたん細胞診	3,240円	痰(たん)による肺がんの検査。		
<input type="checkbox"/>	甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,240円	甲状腺機能に異常があるかどうか調べる血液検査。		
<input type="checkbox"/>	前立腺腫瘍マーカー(PSA)	1,944円	前立腺がんを調べる腫瘍マーカー血液検査。		
<input type="checkbox"/>	AFP	2,700円	肝臓がんの腫瘍マーカーの検査。		
<input type="checkbox"/>	CEA	2,700円	胃がん・大腸がんの腫瘍マーカーの検査。		
<input type="checkbox"/>	CA19-9	2,700円	膵臓がんの腫瘍マーカーの検査。		
<input type="checkbox"/>	シフラ	2,700円	肺がんの腫瘍マーカーの検査。		
<input type="checkbox"/>	PG(ペプシノゲン)	2,160円	胃の萎縮度を調べる検査。		
<input type="checkbox"/>	ヘリコバクターピロリ抗体	1,080円	胃のピロリ菌感染有無を調べる検査。		
<input type="checkbox"/>	アディポネクチン	2,700円	メタボリックシンドロームの指標となるアディポネクチンの血中濃度を調べる検査。		
<input type="checkbox"/>	B型肝炎(HBs抗原)	1,080円	現在ウイルスが体内にあるかどうかの検査。		
<input type="checkbox"/>	B型肝炎(HBs抗体)	1,080円	過去にかかったことがあるか、免疫があるかを調べる検査。		
<input type="checkbox"/>	C型肝炎(HCV抗体)	1,728円	ウイルスに感染しているか調べる検査。		
<input type="checkbox"/>	LOX - index	12,960円	脳梗塞・心筋梗塞の発症リスクを調べる検査。		
<input type="checkbox"/>	睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,240円	検査機器を貸出し自宅で睡眠時無呼吸の有無を調べる検査。		
【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途540円) <input type="checkbox"/> 持込み】					
<input type="checkbox"/>	脳検査(MRI・MRA)	25,380円	頭部MRI・MRAの検査 (提携施設での検査)。		

☆ウェルネス使用欄

①入力 <input type="checkbox"/> ガイド <input type="checkbox"/> 属メモ /	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 )	<input type="checkbox"/> MRI時間( )	<input type="checkbox"/> 再計算(仮予約)
				<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> Rコース (血・HBs)	
				<input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> FAX		

◎[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 / 土・9時～12時【不定休】)  
E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuikai.or.jp