

[Aコース専用]

☆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 <b>ウィメンズウェルネス天神 デュアル(女性専用)</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	年	月	日
フリガナ		* <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養(配偶者・家族)		■ 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(胃透視料金に5,000円(税抜)加算) ※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"/> AFP(肝臓)	腫瘍マーカー	2,500円	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,000円	
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		2,500円	<input type="checkbox"/> 経膈超音波(子宮がん検診を受ける方のみ)	3,000円	
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)		2,500円	<input type="checkbox"/> HPV(子宮がん検診を受ける方のみ)	5,000円	
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)		2,500円	<input type="checkbox"/> 骨密度	2,000円	
<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)		2,500円	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	3,000円	
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)		1,400円	<input type="checkbox"/> 頰動脈超音波	3,000円	
<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体		1,000円	<input type="checkbox"/> 視野検査	2,000円	
<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)		2,000円	<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,000円	
<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)		1,000円	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,000円	
<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)		1,000円	【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込み】		
<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,600円	<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,500円		
<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,500円	【男性フロア(4F)での受診となります】			
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,000円	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)	3,000円		
<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,500円	【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	10,000円		
<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,300円	【男性フロア(4F)での受診となります】			
<input type="checkbox"/> LOX-index	12,000円	<input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA)	23,500円		
【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 <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				承認書	利用券	受診券	転記	申請
/	/	/	1	2	3	4	◆ 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、受診日時時点の税率を適用します。
- ◎ ご契約の内容により、オプション等の取り扱いが異なる場合がございますので、詳細はお問い合わせ下さい。
- ◎ ご予約後、[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。

