

☆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>					
記号			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"/> 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"/> HPV検査(子宮がん検診を受ける方のみ) 5,000円	
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)			2,500円	<input type="checkbox"/> 頰動脈超音波 3,000円	
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)			2,500円	<input type="checkbox"/> かくたん細胞診 3,000円	
<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)			2,500円	<input type="checkbox"/> 視野検査 2,000円	
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)			1,400円	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS) 3,000円 【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込み】	
<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体			1,000円	<input type="checkbox"/> 血圧脈波 2,500円 【男性フロア(4F)での受診となります】	
<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)			2,000円	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT) 3,000円 【男性フロア(4F)での受診となります】	
<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原)			1,000円	<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT 10,000円 【男性フロア(4F)での受診となります】	
<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体)			1,000円	<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA) 23,500円 【提携施設での検査】	
<input type="checkbox"/> C型肝炎検査(HCV抗体)		1,600円			
<input type="checkbox"/> ビタミンD		1,500円			
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4)		3,000円			
<input type="checkbox"/> アディポネクチン		2,500円			
<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)		2,300円			
<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)		2,300円			
<input type="checkbox"/> LOX-index		12,000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		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。

