

ウィメンズウェルネス天神 デュアル お申込書
[A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()

◎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(女性専用)					
保険者名称			会社名		
保険証 記号 保険証 番号 枝番() 保険者番号					
受診券番号		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(胃透視料金に5,500円(税込)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:)					
* 婦人科検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> しない(理由:)					
* 乳がん検査 <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(税込)					
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,400円	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,100円		
<input type="checkbox"/> 経膈超音波(子宮がん検査を受ける方のみ)	3,300円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,200円		
<input type="checkbox"/> HPV(子宮がん検査を受ける方のみ)	5,500円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,100円		
<input type="checkbox"/> 骨密度	2,200円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)	1,100円		
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,760円		
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円		
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,300円		
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円		
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,300円	<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530円		
【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込み】					
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,750円	<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種	7,700円		
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)	3,000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"/> 肺ヘリカルCT	11,000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"/> 脳(MRI・MRA)	25,850円	<input type="checkbox"/> LOX-index	13,200円		
【提携施設での検査・平日のみ】					
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	2,750円	腫瘍マーカー			
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)	2,750円				
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)	2,750円				
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)	2,750円				
<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)	2,750円				
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)	1,540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
			◆ 夫婦同日(あり・なし)		<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 :)

◎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。



〒810-0034 福岡市中央区笹丘1-11-13-5F 特定医療法人財団博愛会 人間ドックセンターウエルネス
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

(2021年度)