

☆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 <b>ウィメンズウェルネス天神 デュアル</b>						
保険者名称 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small>			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"/> HPV検査(子宮がん検診を受ける方のみ)	5,500円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,200円			
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原)	1,100円			
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体)	1,100円			
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> C型肝炎検査(HCV抗体)	1,760円			
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,300円	<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円			
【返却方法: ☐郵送(別途負担有)☐持込み】						
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	} 男性フア(4F)での 受診となります	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4)	3,300円			
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)		<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円			
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT		<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530円			
<input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA)		<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,530円			
【提携施設での検査・平日のみ】						
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	} 腫瘍 マーカー	<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種	7,700円			
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		<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"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)		<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"/> シフラ(肺)		<input type="checkbox"/> LOX-index	13,200円			
<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)						
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)						

☆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	◆ 夫婦同日(あり・なし)				
							☐ 移動 ☐ 結果 ☐ 金属 ☐ FAX ☐ 画像診断(時間 : )				

◎[予約日]をお知らせする薬書を送付致します。  
◎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。

