

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。

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 保険証をもとにご記入下さい。 本人 被扶養(配偶者・家族)

保険証 記号	保険証 番号	保険者 番号
-----------	-----------	-----------

会社名

フリガナ

お名前

生年月日 S.H 年 月 日 (歳)

性別 女性

送付先住所 (〒 -)
 自宅 勤務先

連絡先 自宅 携帯TEL() - 勤務先TEL() -

ウェルネスご利用 初めて 複数回 受診着のサイズ S M L LL

ご希望の検査項目に を入れてください。

胃検査	<input type="checkbox"/> 胃X線(胃透視)	<input type="checkbox"/> 胃検査キャンセル(理由:)
	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(局所麻酔) 税込6,050円・胃X線料金に加算...要事前予約 ※生検は保険診療適用	
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(別途料金・税込)

<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,400円	<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	腫瘍 マーカー	2,750円
<input type="checkbox"/> 経膈超音波(子宮頸部細胞診検査とセット受診)	3,300円	<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		2,750円
<input type="checkbox"/> HPV検査(子宮頸部細胞診検査とセット受診)	5,500円	<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)		2,750円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜細胞診(子宮体がん)※1	5,500円	<input type="checkbox"/> シフラ(肺)		2,750円
※1 子宮頸部細胞診・経膈超音波とセット受診。火~金のみ実施。		<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
		<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体		1,100円
<input type="checkbox"/> 骨密度	2,200円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)		2,200円
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	3,850円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)		1,100円
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,850円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)		1,100円
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,760円	
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円	
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,300円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,300円	
【返却方法→ <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込】		<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円	
<input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA)・・・要事前予約	25,850円	<input type="checkbox"/> sdLDL(超悪玉)コレステロール	3,300円	
【提携施設での検査・平日のみ】		<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530円	
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	男性707(4F)に 移動して受診	<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,530円	
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種	7,700円	
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT		<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"/> アレルギー検査(食物アレルギー)16種	7,700円	
		<input type="checkbox"/> LOX-index	13,200円	
		<input type="checkbox"/> マイナイチンゲール	14,300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	<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 :)
/	/	/		夫婦同日 ◆	

◎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7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。)

〒810-0001 福岡市中央区天神1-14-4-7F 医療法人財団博愛会 人間ドックセンター **ウィメンズウェルネス天神デュアル**
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.hakuaikai.or.jp

(2023年度)