

ウィメンズウェルネス天神 デュアル お申込書
 [O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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 胃X線(胃透視) 胃検査キャンセル(理由:)
 胃内視鏡(局所麻酔)・・・要事前予約 ※生検は保険診療適用

婦人科検診 子宮頸部細胞診 しない(理由:)
 乳がん検診 乳房超音波検査 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) 2,750円	腫瘍マーカー	<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"/> シフラ(肺) 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"/> CA125(卵巣) 2,750円		<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部) 1,540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"/> ヘリコバクターピロリ抗体 1,100円		<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン) 2,200円
<input type="checkbox"/> 頰動脈超音波 3,850円	<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原) 1,100円		<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体) 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(HCV抗体) 1,760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"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4) 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 【返却方法→ <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込】	<input type="checkbox"/> sdLDL(超悪玉)コレステロール 3,300円		<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) 2,530円
<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)・・・要事前予約 25,850円 【提携施設での検査・平日のみ】	<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法) 2,530円		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種 7,700円
<input type="checkbox"/> 血圧脈波 2,750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"/> アレルギー検査(食物アレルギー)16種 7,700円
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT) } 男性707(4F)に移動して受診 3,300円	<input type="checkbox"/> LOX-index 13,200円	<input type="checkbox"/> マイナイチンゲール 14,300円	
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT 11,000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 1 2 3 4	承認書 転記	利用券 申請	受診券	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> FAX
/	/	/		夫婦同日 ◆			<input type="checkbox"/> 画像診断 (時間 :)

◎[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。)