

ウェルネス天神 お申込書

FAX 092-711-0255

[Oコース専用]

☆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 **ウェルネス天神 (男性専用)**

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 生年月日 S.H 年 月 日 (歳)

お名前 性別 男性

* 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 M L LL

ご希望する検査項目に☑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 胃X線(胃透視) 胃検査キャンセル(理由:)
 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せん。

* オプション検査(税込)

<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,300円
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,200円
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,750円	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,100円
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,300円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円
<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)	25,850円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,100円
		<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)	1,100円
		<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,760円
		<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円
<input type="checkbox"/> PSA(前立腺)	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530円
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)		<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,530円
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)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(アトピー(皮膚炎))16種	7,700円
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)		<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"/> SCC抗原(肺・食道)		<input type="checkbox"/> LOX - index	13,200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 夫婦同日 ◆	<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 :)
---	---	---	---------------	-----------	-----------	---------------	---

◎[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。