

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。

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 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 男性				
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"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 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

オプション検査(別途料金・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 |
| 【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"/> 脳検査(MRI・MRA)・・・要事前予約 | 25,850円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原) | 1,100円 |
| 【提携施設での検査:平日のみ】 | | <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体) | 1,100円 |
| <input type="checkbox"/> PSA(前立腺) | 腫瘍マーカー | <input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体) | 1,760円 |
| <input type="checkbox"/> AFP(肝臓) | | <input type="checkbox"/> ビタミンD | 1,650円 |
| <input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺) | | <input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) | 2,530円 |
| <input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管) | | <input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法) | 2,530円 |
| <input type="checkbox"/> シフラ(肺) | | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種 | 7,700円 |
| <input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道) | 1,540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"/> LOX-index | 13,200円 |
| | | <input type="checkbox"/> マイナチンゲール | 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
/	/	/		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。)



〒810-0001 福岡市中央区天神1-14-4-4F 医療法人財団博愛会 人間ドックセンター **ウェルネス天神**
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)