

[A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 保険証をもとにご記入下さい。

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 ■ 男性
 資格区分 本人 被扶養 (配偶者・家族)

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) 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

オプション検査(別途料金・税込)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT) 3,300円 | <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4) 3,300円 |
| <input type="checkbox"/> 胸部CT 11,000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"/> ヘリコバクターピロリ抗体 1,100円 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波 3,850円 | <input type="checkbox"/> アディポネクチン 2,750円 |
| <input type="checkbox"/> かくたん細胞診 3,300円 | <input type="checkbox"/> sdLDL(超悪玉)コレステロール 3,300円 |
| <input type="checkbox"/> 視野検査 2,200円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原) 1,100円 |
| <input type="checkbox"/> 血圧脈波 2,750円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs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"/> C型肝炎(HCV抗体) 1,760円 |
| 【返却方法→ <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込】 | <input type="checkbox"/> ビタミンD 1,650円 |
| <input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)・・・要事前予約 25,850円 | <input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) 2,530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"/> 大腸内視鏡(受付8時限定)※ 22,000円 | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種 7,700円 |
| ※実施曜日 火・木(1名/日) | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(アトピー(皮膚炎))16種 7,700円 |
| ※胃内視鏡選択の方のみ実施可能です。 | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(食物アレルギー)16種 7,700円 |
| ※血圧脈波・脳検査の項目は追加不可です。 | <input type="checkbox"/> LOX-index 13,200円 |
| ※一週間前に一度来所頂き、事前問診(約30分)や
検査食(別途有料)等の説明を受けていただきます。 | <input type="checkbox"/> マイナイチンゲール 14,300円 |
- | | | |
|--|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> PSA(前立腺) | 腫瘍マーカー | 1,980円 |
| <input type="checkbox"/> AFP(肝臓) | | 2,750円 |
| <input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺) | | 2,750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"/> SCC抗原(肺・食道) | | 1,540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 :)
/	/	/	1 2 3 4	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。)