

[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>					
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 資格区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養 (配偶者・家族)			
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"/> 脳検査(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"/> 大腸内視鏡(受付8時限定)※ 22,000円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原) 1,100円
※実施曜日 火・木(1名/日)	
※胃内視鏡選択の方のみ実施可能です。	
※血圧脈波・脳検査の項目は追加不可です。	
※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"/> PSA(前立腺)	<input type="checkbox"/> ビタミンD 1,650円
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) 2,530円
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)	<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法) 2,530円
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)	<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種 7,700円
<input type="checkbox"/> シンフラ(肺)	<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"/> SCC抗原(肺・食道)	<input type="checkbox"/> アレルギー検査(食物アレルギー)16種 7,700円
腫瘍マーカー	<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"/> 胃メモ <input type="checkbox"/> 再計算	② 確認 <input type="checkbox"/> ガイド <input type="checkbox"/> 胃メモ	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 :)
---	---	---	---------------	-----------	-----------	---------------	---

◎ 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1-14-4-4F 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

(2024年度)