

☆ウェルネス使用欄
 平成 年 月 日 () RNO コース記入[] コード [] 時間帯(8 9)

◎申込書の太枠の中をご記入下さい。*印は、いずれかにチェック「レ」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 ウィメンズウェルネス天神 デュアル					
保険者名称 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small>			保険者番号		
記号		番号		受診券番号	
会社名			有効期限 平成 年 月 日		
フリガナ		* <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養(配偶者・家族)		■ 女性	
お名前		生年月日 T・S・H		年 月 日 (才)	
送付先(* <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) (〒 -)					
連絡先 自宅TEL() - その他(* <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先)() -					
*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"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL		
ご希望する検査項目にチェック「レ」を入れて下さい。					
* 婦人科検診		* 子宮がん検診 (子宮頸部細胞診)		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
		* 乳がん検診 (乳房超音波)		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
* 胃検査		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 胃透視			
		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 胃内視鏡 (生検が発生した場合は、健康保険を適用いたします。)			
オプション検査(税込) <small>ご希望の検査にチェックを入れて下さい。</small>					
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,320円	乳房をはさんでX線撮影する検査。			
<input type="checkbox"/> HPV検査(子宮がん検診を受ける方のみ)	5,400円	子宮がんの原因とされているヒト・パピローマウイルスの有無を調べる検査。			
<input type="checkbox"/> 頰動脈超音波	3,240円	頰動脈内の血管の厚さを測定し、動脈硬化の目安にする検査。			
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,240円	痰(たん)による肺がんの検査。			
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4)	3,240円	バセドウ病や慢性甲状腺炎などの病気を調べる血液検査。			
<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,700円	メタリックシンドロームの指標となるアディポネクチンの血中濃度を調べる検査。			
<input type="checkbox"/> AFP	2,700円	肝臓がんの腫瘍マーカーの検査。			
<input type="checkbox"/> CEA	2,700円	胃がん・大腸がんの腫瘍マーカーの検査。			
<input type="checkbox"/> CA19-9	2,700円	膵臓がんの腫瘍マーカーの検査。			
<input type="checkbox"/> シフラ	2,700円	肺がんの腫瘍マーカーの検査。			
<input type="checkbox"/> CA125	2,700円	子宮がん・卵巣がんの腫瘍マーカーの検査。			
<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,160円	胃の萎縮度を調べる検査。			
<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,080円	胃のピロリ菌感染有無を調べる検査。			
<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原)	1,080円	現在ウイルスが体内にあるか調べる検査。			
<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体)	1,080円	過去にかかったことがあるか、免疫があるかを調べる検査。			
<input type="checkbox"/> C型肝炎検査(HCV抗体)	1,728円	ウイルスに感染しているか調べる検査。			
<input type="checkbox"/> LOX-index	12,960円	脳梗塞・心筋梗塞の発症リスクを調べる検査。			
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,240円	検査機器を貸出し自宅で睡眠時無呼吸の有無を調べる検査。			
【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途540円) <input type="checkbox"/> 持込み】					
<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)	25,380円	頭部MRI・MRAの検査 (提携施設での検査)。			

☆ウェルネス使用欄

①入力 <input type="checkbox"/> ガイド <input type="checkbox"/> 属メ	②確認 <input type="checkbox"/> ガイド <input type="checkbox"/> 属メ	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"/> MRI時間()	<input type="checkbox"/> 再計算(仮予約)
◆ 受付(8・9)				<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> Rコース (血・HBs)	
				<input type="checkbox"/> 九州画像 <input type="checkbox"/> FAX		

◎[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。

