

ウィメンズウェルネス天神 デュアル お申込書
[Aコース専用]

FAX 092-711-0255

※ウェルネス使用欄
20 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☑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(女性専用)	
保険者名称 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small> 保険者番号	
記号	番号 受診券番号
会社名	有効期限 年 月 日
フリガナ	* <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養(配偶者・家族) <input checked="" type="checkbox"/> 女性
お名前	生年月日 T・S・H 年 月 日(才)
* 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"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL	
ご希望の検査に☑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 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(胃透視料金に5,000円(税抜)加算) ※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す。 <input type="checkbox"/> 胃検査なし(理由:)	
* 婦人科検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> しない(理由:)	
* 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> しない(理由:)	
* オプション検査(税抜)	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,000円
<input type="checkbox"/> 経膈超音波(子宮がん検診を受ける方のみ)	3,000円
<input type="checkbox"/> HPV(子宮がん検診を受ける方のみ)	5,000円
<input type="checkbox"/> 骨密度	2,000円
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	3,000円
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,000円
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,000円
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,000円
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,000円
【返却方法: ☐郵送(別途負担有) ☐持込み】	
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,500円
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)	3,000円
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT	10,000円
<input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA)	23,500円
【提携施設での検査】	
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	2,500円
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)	2,500円
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)	2,500円
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)	2,500円
<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)	2,500円
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)	1,400円
<input type="checkbox"/> ヘルコバクターピロリ抗体	1,000円
<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,000円
<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,000円
<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)	1,000円
<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,600円
<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,500円
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,000円
<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,500円
<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,300円
<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,300円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎)	4,000円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査(喘息)	4,000円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査(皮膚炎)	4,000円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査(食物)	4,000円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査(花粉症)	2,000円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査(動物)	2,000円
<input type="checkbox"/> LOX-index	12,000円

※ウェルネス使用欄		区分		承認書	利用券	受診券	転記	申請
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	1 2 3 4					
				◆ 受付(8・9 時)		<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 :)		

◎ 消費税については、受診日時点の税率を適用します。
 ◎ 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。



〒810-0001 福岡市中央区天神1-15-6-4F 特定医療法人財団博愛会 人間ドックセンターウェルネス
 予約センター TEL 0120-489-379 (月~金・9時~17時)
 E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuikai.or.jp

(2020年度)