

ウェルネス天神 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()

◎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。 会社名

保険証記号 保険証番号 枝番() 保険者番号

受診券番号 有効期限 年 月 日

フリガナ * 本人 被扶養 (配偶者・家族) 男性

お名前 生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)

* 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 胃透視 胃内視鏡(胃透視料金に5,500円(税込)加算) ※胃内視鏡は、生検が発生した場合は、健康保険を適用いたします。
 胃検査なし(理由:)

*** オプション検査(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"/> 肺ヘリカルCT | 11,000円 | <input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン) | 2,200円 |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 | 3,300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 | 3,300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"/> B型肝炎(HBs抗原) | 1,100円 |
| <input type="checkbox"/> 視野検査 | 2,200円 | <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体) | 1,100円 |
| <input type="checkbox"/> 血圧脈波 | 2,750円 | <input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体) | 1,760円 |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS) | 3,300円 | <input type="checkbox"/> ビタミンD | 1,650円 |
| 【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込み】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA) | 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"/> PSA(前立腺) | 腫瘍マーカー | <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種 | 7,700円 |
| <input type="checkbox"/> AFP(肝臓) | | <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"/> CEA(胃・大腸・肺) | | <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"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管) | | <input type="checkbox"/> LOX-index | 13,200円 |
| <input type="checkbox"/> シフラ(肺) | | | |
| <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 |
| / | / | / | | ◆ 夫婦同日(あり・なし) <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。