

ウェルネス天神 お申込書

[O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 10)

◎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						
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"/> 男性			
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"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL						
ご希望する検査項目に☑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:)						
* オプション検査(税抜)						
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,000円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,000円			
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,000円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,000円			
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,500円	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,000円			
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,000円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,500円			
【返却方法: <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込み】						
<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)	23,500円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,000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"/> ビタミンD	1,500円			
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)		<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,300円			
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,300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)	4,000円			
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(喘息)	4,000円			
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道)		1,400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

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
/	/	/					◆ 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。
- ◎ [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)