

[A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(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 (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) ※胃内視鏡は、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"/> PSA(前立腺) <input type="checkbox"/> AFP(肝臓) <input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺) <input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管) <input type="checkbox"/> シフラ(肺) <input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道) <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4) <input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン) <input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体 <input type="checkbox"/> アディポネクチン <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原) <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体) <input type="checkbox"/> ビタミンD <input type="checkbox"/> 風疹(IgG法) <input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法) <input type="checkbox"/> LOX - index		腫瘍マーカー		<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"/> 頸動脈超音波 3,000円 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波 3,000円 <input type="checkbox"/> かくたん細胞診 3,000円 <input type="checkbox"/> 視野検査 2,000円 <input type="checkbox"/> 血圧脈波 2,500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: <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込み】 <input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA) 23,500円 【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。
- ◎ 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。

