

# 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 ( )

◎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 ( )		
<b>ご受診施設 ウェルネス天神</b>						
保険者名称 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small>			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	* <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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 (〒 - )						
<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。						
* 胃検査なし(理由: )						
<b>* オプション検査(税込)</b>						
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,300円			
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,200円			
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,750円	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,100円			
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,300円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750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)	25,850円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,100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"/> 風疹(IgG法)	2,530円			
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)		<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,530円			
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種	7,700円			
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)		<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"/> シフラ(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"/> SCC抗原(肺・食道)		1,540円	<input type="checkbox"/> LOX - index	13,200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 : )

- ◎[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。



〒810-0034 福岡市中央区笹丘1-11-13-5F 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・10時～16時)  
 E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuikai.or.jp

(2021年度)