

[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()

◎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)**

保険証をもとにご記入下さい。
 保険者名称 * 本人 被扶養(配偶者・家族)

保険証記号	保険証番号	保険者番号
会社名		
フリガナ	生年月日 S.H 年 月 日 (歳)	
お名前	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	
* 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ワ^oショⁿ検査項目一覧表をご参照ください。

* 胃検査 胃X線(胃透視) 胃検査キャンセル(理由:)
 胃内視鏡(胃X線料金に税込5,500円加算) ※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。

* 婦人科検診 子宮頸部細胞診 しない(理由:)

* 乳がん検診 乳房超音波検査 しない(理由:)

* オプション検査(税込)

<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,400円	<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	腫瘍マーカー	2,750円
<input type="checkbox"/> 経膈超音波(子宮がん検診を受ける方のみ)	3,300円	<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		2,750円
<input type="checkbox"/> HPV(子宮がん検診を受ける方のみ)	5,500円	<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)		2,750円
<input type="checkbox"/> 骨密度	2,200円	<input type="checkbox"/> シフラ(肺)		2,750円
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)		2,750円
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)		1,540円
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体		1,100円
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)		2,200円
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS) 【返却方法:☐郵送(別途負担有)☐持込み】	3,300円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)		1,100円
<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)	1,100円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HCV抗体)		1,760円
<input type="checkbox"/> 脳(MRI・MRA) 【提携施設での検査・平日のみ】	25,850円	<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,760円	
<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,300円	
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモンの検査(男性プロア(4F)での受診となります)	2,750円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円	
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)	3,300円	<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530円	
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT	11,000円	<input type="checkbox"/> 麻疹(IgG法)	2,530円	
		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種	7,700円	
		<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"/> アレルギー検査(食物アレルギー)16種	7,700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 転記	利用券 申請	受診券	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> FAX
				夫婦同日 ◆		<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。



〒810-0001 福岡市中央区天神1-14-4-7F 医療法人財団博愛会 人間ドックセンター **ウィメンズウェルネス天神デュアル**

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.hakuaikai.or.jp

(2022年度)