

[〇コース専用]

☆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)			
保険者名 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small> * <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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ジョン検査項目一覧表をご参照ください。

* 胃検査	<input type="checkbox"/> 胃X線(胃透視)	<input type="checkbox"/> 胃検査キャンセル(理由:)
	<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。	
* 婦人科検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	<input type="checkbox"/> しない(理由:)
* 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査	<input type="checkbox"/> 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	腫瘍マーカー
<input type="checkbox"/> HPV検査(子宮がん検診を受ける方のみ)	5,500円	
<input type="checkbox"/> 頰動脈超音波	3,300円	
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	
<input type="checkbox"/> 視野検査	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"/> 脳検査(MRI・MRA) 【提携施設での検査・平日のみ】	25,850円	
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,750円	
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)	3,300円	
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT	11,000円	
	男性70歳(4F)での受診となります	
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)	2,750円	
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)	2,750円	
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)	2,750円	
<input type="checkbox"/> シフラ(肺)	2,750円	
<input type="checkbox"/> CA125(卵巣)	2,750円	
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道・子宮頸部)	1,540円	
<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,100円	
<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,200円	
<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗原)	1,100円	
<input type="checkbox"/> B型肝炎検査(HBs抗体)	1,100円	
<input type="checkbox"/> C型肝炎検査(HCV抗体)	1,760円	
<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円	
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(TSH・FT4)	3,300円	
<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円	
<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530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	

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 :)

◎[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。