

# ウェルネス天神 お申込書

FAX 092-711-0255

## [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 <b>ウェルネス天神 (男性専用)</b>					
保険者名称 <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	■ 男性			
* 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"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL					
<b>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。</b>					
* 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(胃透視料金に税込5,500円加算) ※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。					
* オプション検査(税込)					
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(CT)	3,300円	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン(TSH・FT4)	3,300円		
<input type="checkbox"/> 肺ヘリカルCT	11,000円	<input type="checkbox"/> PG(ペプシノゲン)	2,200円		
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体	1,100円		
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	3,300円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円		
<input type="checkbox"/> かくたん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,100円		
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)	1,100円		
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,750円	<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,760円		
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査(SAS)	3,300円	<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650円		
【返却方法:☐郵送(別途負担有)☐持込み】					
<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)	25,850円	<input type="checkbox"/> 風疹(IgG法)	2,530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"/> 麻疹(IgG法)	2,530円		
<input type="checkbox"/> AFP(肝臓)		<input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎・喘息)16種	7,700円		
<input type="checkbox"/> CEA(胃・大腸・肺)		<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"/> CA19-9(膵臓・胆のう・胆管)		<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"/> シフラ(肺)		<input type="checkbox"/> LOX-index	13,200円		
<input type="checkbox"/> SCC抗原(肺・食道)		1,540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。