

定期健康診断・特定健診
婦人科系検診・肺がん検診

申込書

受診確定日 20 年 月 日 曜日 RNO

コード[]

◎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。

| | | | |
|--|---|---|-----------|
| 希望日 | ① 月 日 () | ② 月 日 () | ③ 月 日 () |
| 保険証をもとにご記入下さい。 | | | |
| 保険者名称 | * <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者(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 ()才 | | |
| お名前 | 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input 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() - | |
| * ウェルネスご利用は <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 複数回 | | * 受診着サイズ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL | |
| 希望施設 | | 希望受診コース | |
| 内容によっては受診できない場合もあります。詳しくはお尋ねください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> ウェルネス天神 | | <input type="checkbox"/> 肺がん検診(肺ヘリカルCT・かくたん細胞診) TL | |
| | | <input type="checkbox"/> 定期健診 (* <input type="checkbox"/> 7,700円コース <input type="checkbox"/> 4,400円コース) TD | |
| | | <input type="checkbox"/> 特定健診 T 受診券番号() 有効期限(年 月 日) | |
| <input type="checkbox"/> ウィメンズウェルネス天神 デュアル | | <input type="checkbox"/> 定期健診 (* <input type="checkbox"/> 7,700円コース <input type="checkbox"/> 4,400円コース) + 婦人科検診 LMD | |
| | | <input type="checkbox"/> 特定健診 + 婦人科検診 LT 受診券番号() 有効期限(年 月 日) | |
| | | <input type="checkbox"/> 婦人科検診のみ (M) LM | |
| ※ 婦人科検診(税込)をご希望の方は、ご希望の下記検査項目に☑を入れて下さい | | | |
| <input type="checkbox"/> 乳房超音波 | 4,400円 | 乳房に超音波をあて、乳腺の状態を観察します | |
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィ | 4,400円 | 乳房をはさんでX線撮影をします (受診時39才以下・50才以上は1方向、40才代は2方向撮影) | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 | 3,300円 | 子宮頸部の粘膜を採取し、がん細胞の有無を調べます | |
| <input type="checkbox"/> HPV検査(子宮頸部細胞診を受診の方のみ) | 5,500円 | 子宮がんの原因とされている「ヒト・パピローマウイルス(HPV)」の有無を調べます | |
| <input type="checkbox"/> 経膈超音波(子宮頸部細胞診を受診の方のみ) | 3,300円 | 子宮・卵巣の病気や変化を観察します | |
| <input type="checkbox"/> CA125 | 2,750円 | 卵巣がんの腫瘍マーカー | |

※ご契約の内容により、契約のコース(施設)や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ください。

☆ウェルネス使用欄

| | | | | | |
|--|--|---|---------------|------------------|------------------------------|
| ①入力 <input type="checkbox"/> ガイト <input type="checkbox"/> 属メ | ②確認 <input type="checkbox"/> ガイト <input type="checkbox"/> 属メ | ③問診発送 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 痰 | 区分 1 2 3 4 | 利用券・受診券 転記・申請 | <input type="checkbox"/> 再計算 |
|--|--|---|---------------|------------------|------------------------------|

◎ MD・Mコースにつきましては、[予約日]をお知らせする薬書を送付致します。

◎ 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等にご確認下さい。)



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

予約センター **TEL 0120-489-379** (月～金・10時～16時)

(2022年度)

E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuaiikai.or.jp