

# 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。

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	<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"/> 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

### ご希望の検査項目に を入れてください。

胃検査  胃X線(胃透視)  胃検査キャンセル(理由: )

胃内視鏡(局所麻酔) 税込6,050円・胃X線料金に加算・・・要事前予約 ※生検は保険診療適用

**オプション検査(別途料金・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(ヘパシノゲン)	2,200円
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	3,850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	3,850円	<input type="checkbox"/> アディポネクチン	2,750円
<input type="checkbox"/> かくだん細胞診	3,300円	<input type="checkbox"/> sdLDL(超悪玉)コレステロール	3,300円
<input type="checkbox"/> 視野検査	2,200円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	1,100円
<input type="checkbox"/> 血圧脈波	2,750円	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs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"/> C型肝炎(HCV抗体)	1,760円
【返却方法→ <input type="checkbox"/> 郵送(別途負担有) <input type="checkbox"/> 持込】			
<input type="checkbox"/> 脳検査(MRI・MRA)・・・要事前予約	25,850円	<input type="checkbox"/> ビタミンD	1,650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"/> シンフラ(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)		<input type="checkbox"/> LOX-index	13,200円
		<input type="checkbox"/> マイナイチンゲール	14,300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]をお知らせする薬書を送付致します。
- ◎ ご受診日の7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。)



〒810-0001 福岡市中央区天神1-14-4F 医療法人財団博愛会 人間ドックセンター **ウェルネス天神**  
**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.hakuai.or.jp

(2023年度)