

相馬商工会議所 会員サービス事業

PET/CT による「がん検診」の実施のご案内

相馬商工会議所では、会員サービス事業の一環として「PET(陽電子放射断層撮影装置)検査」によるがん検診を実施いたします。「PET検査」は、がんの早期発見に効果的な検査方法として大きな注目を集めています。この機会に是非ご利用ください。



- 対象者** : 当所会員事業所の代表者、代表者家族、従業員
- 料金割引** : 相馬商工会議所会員の皆様には下記検診料金表のとおり割引となります。
- 検診機関** : 下記の検診機関よりお選びいただけます。
①総合南東北病院(郡山) ②総合南東北病院(岩沼) ③仙台画像検診クリニック
- 受診日** : 令和5年4月1日～令和6年3月31日のうちのご希望日
- 申込先** : 相馬商工会議所 業務課 (TEL0244-36-3171/FAX0244-36-3184)
- 検診料金(税込)**

検診機関	検診コース	一般料金	当所会員 割引料金	所要時間(目安)
① 総合南東北病院 (郡山) <希望により宿泊可能>	Sコース	262,000円	262,000円	1泊2日
	Aコース	209,000円	157,000円	約5時間
	※オプション	甲状腺ドック/内臓脂肪検査		
	Cコース	104,700円	78,500円	約4時間
	※オプション	胃がんリスク検診/便潜血反応検査/内臓脂肪検査		
② 総合南東北病院 (岩沼)	P1 プレミアムコース	209,000円	174,000円	約5.5時間
	P2 スタンダードコース	125,000円	120,000円	約4.5時間
	P3 シンプルコース	75,000円	75,000円	約4時間
	※オプション (定価)	脳検診(22,000円)、超音波検査(25,000円)、心電図検査(5,500円)、 すい臓がんリスク検査(18,000円)、アレルギー検査(15,000円)		
③ 仙台画像検診 クリニック <土日祝日も受診可能>	スタンダードコース	135,000円	128,250円	約3.5時間
	ハイコース	190,000円	180,500円	約4.5時間
	フルコース	235,000円	223,250円	約5時間
	MRIコース	95,000円	90,250円	約2.5時間
	PET シンプルコース	90,000円	85,500円	約3時間
	※オプション (定価)	脳検診(35,000円)、腫瘍マーカー10種(16,500円)、胃カメラ(13,500円)、 大腸カメラ(30,500円)、マンモグラフィ(7,000円)、子宮頸がん検診(8,500円)、 ヒトパピローマウイルス検査(6,500円)、血圧脈波検査(3,500円)、 LOX-Index(14,500円)、NT-proBNP(3,500円) 結果説明/当日(33,000円)、結果説明/後日(5,500円)		

※検査メニュー及び料金は検診機関ごとに異なります。
オプションの追加など詳細については検診機関にお問い合わせください。

7. 検診コース

①総合南東北病院(郡山)

場所:郡山市八山田 7-115 (フリーダイヤル 0120-373-107)

検査項目	コース・所要時間	Sコース 1泊2日	Aコース 約5時間	Cコース 約4時間
PET/CT 検査(脳・体幹部)		●	●	●
MRI 検査		●	●	
腹部超音波検査		●	●	
甲状腺超音波検査		●		
胃内視鏡検査		●		
便潜血反応検査(2日法)		●	●	
喀痰細胞診検査		●		
甲状腺機能検査		●		
肝機能		●	●	
肝炎ウイルス感染症		●	●	
糖代謝		●	●	
脂質・尿酸		●	●	
腎・膵機能		●	●	
血液一般		●	●	
炎症反応		●	●	
腫瘍マーカー検査(PSA・CA125・CEA・AFP・CA19-9)		●	●	●
尿検査		●	●	
胃がんリスク検査		●	●	
BMI		●	●	●
結果説明(当日医師面談)		●	●	●
オプション		-	甲状腺ドック 内臓脂肪検査	胃がんリスク検診 便潜血反応検査 内臓脂肪検査
※その他		-	希望により前泊可能(月・水・金)／無料(夕食付)	

②総合南東北病院(岩沼)

場所:宮城県岩沼市里の杜 1-2-5 (フリーダイヤル 0120-373-468)

検査項目	コース・所要時間	P1コース 約5.5時間	P2コース 約4.5時間	P3コース 約4時間
PET 検査(全身)		●	●	●
CT 検査(胸部・腹部)		●	●	●
MRI 検査(頭部・骨盤部)		●		
超音波検査(腹部・骨盤部)		●	※オプション	
胃がんリスク検査		●	●	
便潜血検査		●	●	
尿検査		●	●	
尿細胞診		●		
血液検査(全般)		●	●	
腫瘍マーカー検査(男性/女性)		●(10種類)	●(7種類)	
結果説明(予約)		当日	後日	後日
オプション	脳検診(頭部 MRI/MRA、頸部 MRA)	●	●	
	超音波検査(腹部・膀胱・甲状腺)	標準	●	
	心電図検査	●	●	
	すい臓がんリスク検査	●	●	●
	アレルギー検査	●	●	●

③仙台画像検診クリニック

場所: 宮城県仙台市青葉区五橋 2-1-25 (フリーダイヤル 0120-865-750)

検査項目	コース・所要時間	スタンダード コース 約 3.5 時間	ハイコース 約 4.5 時間	フルコース 約 5 時間	MRI コース 約 2.5 時間	PET シンプル コース 約 3 時間
基本検査(身体測定、血圧、診察、問診)		●	●	●	●	●
基本検査(腹囲)		●	●	●	●	
眼科、耳鼻科検査		●	●	●	●	
心電図		●	●	●	●	
PET/CT(脳、体幹部)		●	●	●		●
肺がん CT(低線量胸部 CT 検査)		●	●	●		●
胸部 X 線検査					●	
マンモグラフィー ※女性のみ				●		
MRI(脳・脳定量解析・頸部)				●		
MRI(腹部・骨盤)			●	●	●	
超音波検査(頸動脈)				●		
超音波検査(甲状腺・乳腺・腹部・骨盤)		●	●	●	●	
血算検査		●	●	●	●	
生化学検査		●	●	●	●	
肝炎ウイルス検査		●	●	●	●	
尿検査		●	●	●	●	
便潜血検査(2 日法)		●	●	●	●	
喀痰細胞診(肺がん検査)			●	●		
ペプシノーゲン検査(胃がん検査)		●	●	●	●	
ピロリ菌検査		●	●	●	●	
腫瘍マーカー		●	●	●	●	
血圧脈波検査(動脈硬化度判定)				●		
メタボリックシンドローム判定		●	●	●		
身体年齢測定			●	●		
LOX-Index				●		
NT-proBNP				●		
オプション	結果説明(当日)			●		
	結果説明(後日)	●	●	●	●	●
	検査	脳検診、腫瘍マーカー10 種、胃カメラ、大腸カメラ、マンモグラフィー、子宮頸がん検診、ヒトパピローマウイルス検査、血圧脈波検査、LOX-Index、NT-proBNP				

検診の流れ

1. 申込書を相馬商工会議所に FAX または窓口にて提出 (約 1 ヶ月前を目安にお申込み下さい)
2. 検診機関より申込者に電話にて検診受付確認のご連絡 (日程調整等をさせていただきます)
3. 料金は検診機関にて直接お支払い
4. 検診終了後、3 週間ほどで検診結果をお届け

※ 医師による結果説明は当日や後日がございますので検診機関にご確認ください

PET/CT 検査の特徴

- ・従来の検査方法よりもはるかに早期がん細胞の発見ができます
- ・悪性度、進行度合いがわかります
- ・がんの転移、再発の診断を行います
- ・安全度が高く負担の少ない検査です



申込先：相馬商工会議所 FAX 36-3184

相馬商工会議所 PET/CT 「がん検診」 申込書

年 月 日

【事業所について】

事業所名			
住所	〒 -		
TEL		FAX	

【受診される方について】

フリガナ			性別	男 ・ 女	
受診者氏名					
役職等	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 代表者家族 <input type="checkbox"/> 従業員				
自宅住所	〒 -				
自宅 TEL					
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)				
身長	cm	体重	kg	ペースメーカー等 金属類	有 ・ 無

【申込内容について】

検診機関	①総合南東北病院(郡山)	②総合南東北病院(岩沼)	③仙台画像検診クリニック		
コース	<input type="checkbox"/> Sコース <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Cコース	<input type="checkbox"/> P1 プレミアムコース <input type="checkbox"/> P2 スタダードコース <input type="checkbox"/> P3 シンプルコース	<input type="checkbox"/> スタダードコース <input type="checkbox"/> ハイコース <input type="checkbox"/> フルコース <input type="checkbox"/> MRI コース <input type="checkbox"/> PET シンプルコース		
検診希望日	第1希望：令和 年 月 日 () 第2希望：令和 年 月 日 ()				
受診料	各コース料金・オプション料金をご確認の上、直接検診機関にお支払いください。				
希望事項 オプション等					
TEL 連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> その他	-	-
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> その他	〒 -	

※複数人数でお申し込みの場合はコピーのうえご対応お願いします。