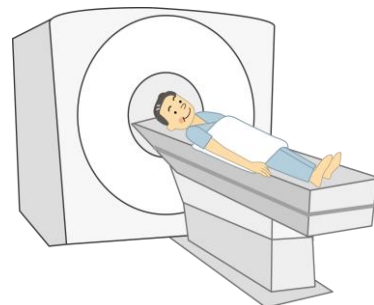


相馬商工会議所会員サービス事業 PET/CTによる「がん検診」の実施のご案内

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。



記

- 1.対象者 : 当所会員事業所の代表者、代表者家族、従業員
- 2.料金割引制度 : 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。
- 3.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
- 4.受診日 : 平成30年4月1日～平成31年3月31日のご希望日
(別紙申込書記入)
- 5.申込先 : 相馬商工会議所 業務課
TEL0244-36-3171/FAX0244-36-3184

6.検診料金(税込) ※期間中増税等による料金の変更が発生する場合があります

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) <small>※希望により宿泊可能(夕食付) 【月・水・金 無料】</small>	Sコース	257,000円	257,000円	1泊2日
	Aコース ※オプションあり	205,000円	154,000円	5時間
	Cコース ※オプションあり	102,000円	77,000円	4時間
② 総合南東北病院 (岩沼)	Aコース(PET/がんドック)	184,500円	164,000円	5.5時間
	Cコース(PET/血液検査)	108,000円	86,000円	4.5時間
	Dコース※オプションあり (ドック/PET/ピロリ菌検査付)	99,900円	99,900円	半日ずつ 2日間
	Eコース	60,000円	60,000円	4時間
③ 仙台画像検診 クリニック <small>※Aコースを除き、 割引クーポン進呈 ※土日、祝日も検診可能</small>	Aコース(PET/CT)	75,600円	71,820円	3時間
	Bコース(PET/CTドック)	86,400円	82,080円	3.5時間
	Cコース(PET/CT・がん)	103,140円	97,983円	3.5時間
	Dコース(PET/CT・MRI 総合)	151,740円	144,153円	5時間
	P1コース(当日結果説明付)	194,400円	184,680円	6.5時間
	P2コース(免疫力判定検査付)	183,600円	174,420円	6時間
	P3コース	194,400円	184,680円	6.5時間
	Mコース	54,000円	51,300円	2時間

※検査メニュー及び料金は検診機関ごとに異なります。また各コースにオプションメニュー(脳検診等)も付加できますので検診機関にお問い合わせください。

7. 検診コースの紹介

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	各コース	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)		●	●	●

※希望により前宿泊可能(月・水・金): 無料(夕食付)

※オプション: Aコース(甲状腺ドック/内臓脂肪検査/乳腺エコー)

Cコース(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)

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

検査項目	各コース	Aコース 約5時間	Cコース 約4時間	Dコース※2、3	E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)※1		●			
超音波検査(肝/胆/膵/腎/脾臓/甲状腺)		●	※オプションあり	(日帰りドック)	
ペプシノーゲン/便潜血検査 (消化器管)		●	●	[便潜血のみ]	[便潜血のみ]
肝炎ウイルス感染症		●	●	●	
血液検査(全般)		●	●	(日帰りドック)	
腫瘍マーカー検査(男性/女性)		● (7種)	● (5種)	● (3種)	● (3種)
日帰りドック				●	
結果説明(予約)		当日	後日	後日	後日

※1: MRI(頭部)に脳検診は含まれません。脳検診はオプション(21,600円)で受診できます。

※2: DコースはPET検査と人間ドックを2日間で検査します。(半日ずつ2回通院)

※3: Dコースには心臓ドック(37,800円)のオプションがあります。(金曜日の人間ドックのオプションになります)

③仙台画像検診クリニック 場所: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	各コース	Aコース 約3時間	Bコース 約3.5時間	Cコース 約3.5時間	Dコース 約5時間	P1コース 約6.5時間	P2コース 約6時間	P3コース 約6.5時間	Mコース 約2時間
基本検査 (身長/体重/血圧/腹囲)		腹囲を除く	●	●	●	●	●	●	●
問診・診察		●	●	●	●	●	●	●	●
PET・CT(脳・体幹部)		体幹部のみ	●	●	●	●	●	●	
PEM ※女性のみ								●	
胸部 X 線									●
MRI 検査 (脳・脳定量コンピュータ解析・体幹部)					体幹部のみ	●	●	●	体幹部のみ
心電図			●		●	●	●	●	●
眼科検診(眼底/眼圧/視力検査) 耳鼻科検診(聴力検査)			●		●	●	●	●	●
超音波検査 (頸動脈・甲状腺・乳腺・腹部・骨盤)			腹部骨盤のみ	腹部骨盤 乳腺(女)	●	●	●	●	腹部骨盤のみ
マンモグラフィー(女性)						●	●	●	
腫瘍マーカー検査				10種	10種	10種	10種	10種	
尿検査(糖・蛋白・潜血)		●	●	●	●	●	●	●	●
血液一般検査		●	●	●	●	●	●	●	●
生化学検査			●	●	●	●	●	●	●
肝炎ウイルス検査 (HBS/HCV)			●	●	●	●	●	●	●
ペプシノーゲン			●	●	●	●	●	●	●
ピロリ菌検査				●	●	●	●	●	
便潜血検査(2日法)		●	●	●	●	●	●	●	●
喀痰細胞診				●	●	●	●	●	
動脈硬化度測定					●	●	●	●	
身体年齢測定(骨密度)					●	●	●	●	
ストレス度測定					●	●	●	●	
免疫力判定検査 (基本コース/安心コース※+16,200)							●		
結果説明(要予約)		後日	後日	後日	後日	当日後日	後日	後日	後日

検診までの流れ

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(予約)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

1. 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
2. 悪性度、進行度合いがわかります
3. がんの転移、再発の診断を行います
4. 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

平成 年 月 日

【事業所について】

事業所名		代表者名	
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				
事業所役職等	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 代表者家族 <input type="checkbox"/> 従業員			
自宅住所・TEL	(〒 —)		TEL	— —
個人データ	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
	年齢	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	
ご予約コース	<input type="checkbox"/> Sコース <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Cコース	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース <input type="checkbox"/> Eコース	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> P1コース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> P2コース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> P3コース <input type="checkbox"/> Dコース <input type="checkbox"/> Mコース	
検診希望日	第1希望:平成 年 月 日() 第2希望:平成 年 月 日()			
受診料	各コース料金をご確認の上、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"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 会社	— —
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> その他	その他の場合 〒 —

※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。