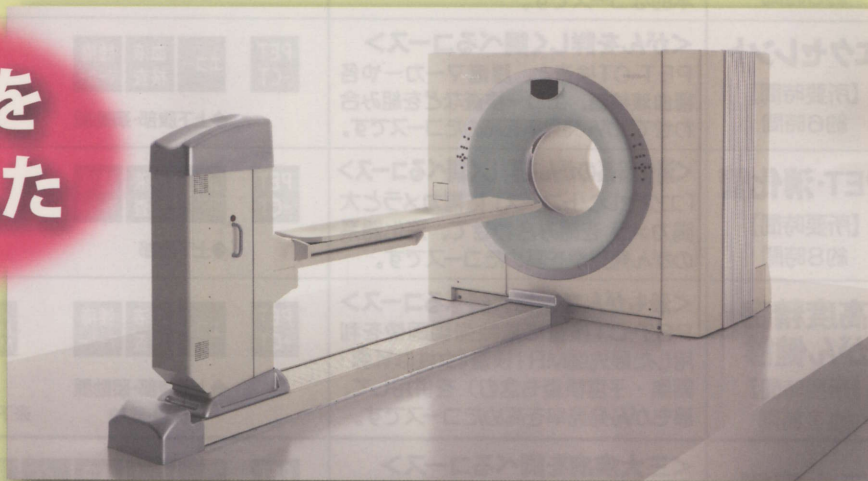


会員の皆様へ 「がん」は早期発見 ➡ 早期治療

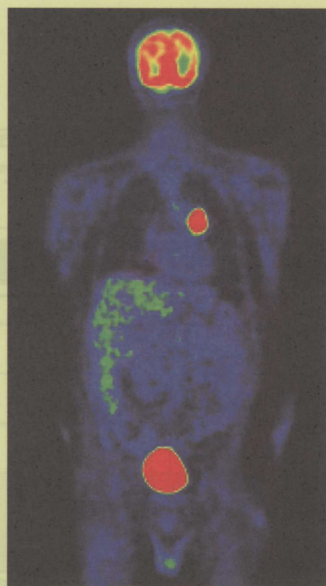
最先端のがん診断装置『PET-CT』による 健診をお勧めします

最新機種を
導入しました



PET-CTって何？

- ①PET はがんを調べる検査です。
- ②CT は体の臓器などを詳しく撮影することができます。
- ③PET と CT を同時に撮影して重ね合わせると、がんを発見した場合、その部位が詳しくわかります。



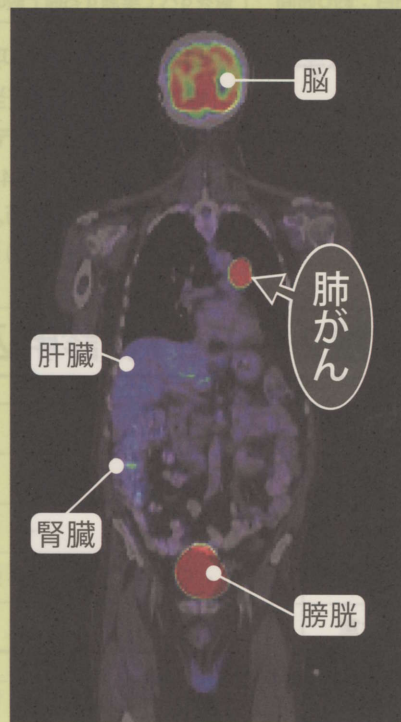
①PET の画像

+



②CT の画像

=



③PET-CT の画像

古賀病院21 PET画像診断センター 健診内容および健診料金

フリーダイヤル：0120-318-188

コース名	内 容	検 査 項 目 (◆はエコー検査の実施部位)	健診料金
がんが気になる方のコース がんだけでなく心疾患や脳卒中も調べたい方のコース	スタンダード 【所要時間】 約5時間	＜がんを調べる基本コース＞ 全身のがんを調べるPET検査にCT検査、エコー検査を組み合わせた基本的なコースです。 PET CT エコー ◆肝・胆・腎・膀	一般料金 87,150円 会員料金 84,000円
	エクセレント 【所要時間】 約6時間	＜がんを詳しく調べるコース＞ PET-CT検査と、腫瘍マーカーや各種血液検査、エコー検査などを組み合わせて、がん発見率を高めたコースです。 PET-CT エコー 血液検査 腫瘍マーカー ◆上下腹部・頸動脈	一般料金 131,250円 会員料金 126,000円
	PET・消化管 【所要時間】 約8時間	＜消化器のがんを詳しく調べるコース＞ 「エクセレントコース」に胃カメラと大腸カメラを組み合わせて、消化器のがん発見率を高めたコースです。 PET-CT エコー 血液検査 腫瘍マーカー 胃カメラ 大腸カメラ ◆上下腹部	一般料金 162,750円 会員料金 157,500円
	高度精密がん健診 【所要時間】 約7時間	＜最もがんを精密に調べるコース＞ PET-CT検査に拡散強調画像を利用した最先端MRI検査(女性は乳腺・卵巣・子宮検査も含む)を併用して、最もがん発見率を高めたコースです。 PET-CT エコー 血液検査 腫瘍マーカー 頭部MRI/MRA 胃カメラ 拡散強調 ◆上下腹部・頸動脈 甲状腺・乳腺 ※下腹部MRI(女性のみ)も実施	一般料金 194,250円 会員料金 186,900円
	三大疾病 【所要時間】 約7時間	＜三大疾病を調べるコース＞ 心臓に栄養を送る冠動脈のMRI検査と頭部MRI・MRA検査を加え、日本人の三大疾病であるがん・心疾患・脳卒中を総合的に調べる国内初のコースです。 PET-CT エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心MRI 頭部MRI/MRA ◆上下腹部・頸動脈 甲状腺・心臓	一般料金 194,250円 会員料金 186,900円
	ゴールド 【所要時間】 1日目：約4時間＋ 2日目：約7時間	＜三大疾病と高度精密を組み合わせたコース＞ 「三大疾病コース」に「高度精密がん健診コース」を組み合わせた、がん発見率を高めると共に、三大疾病検査を実施するコースです。 PET-CT エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心MRI 頭部MRI/MRA 胃カメラ 拡散強調 ◆上下腹部・頸動脈 甲状腺・心臓・乳腺 ※下腹部MRI(女性のみ)も実施	一般料金 241,500円 会員料金 232,050円
	プラチナ 【所要時間】 1日目：約8時間＋ 2日目：約6時間	＜がん・心疾患・脳卒中・認知症を調べる最上級のコース＞ 「ゴールドコース」に大腸カメラ・もの忘れ検査を加え、当センターでの最先端の検査をすべて実施する最上級のコースです。 PET-CT エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心MRI 頭部MRI/MRA 検査 胃カメラ 大腸カメラ 拡散強調 骨密度検査 ◆上下腹部・頸動脈 ※下腹部MRI(女性のみ)も実施 甲状腺・心臓・乳腺	一般料金 297,150円 会員料金 287,700円

1 申し込み手続き ●申込書に必要事項をご記入の上、下記送付先へ必ず FAX または郵送してください。

●健診料金は検査当日のお支払いとなります。各種カードもご利用いただけます。

2 申込書送付先 宇美町商工会 〒811-2101 福岡県粕屋郡宇美町宇美 5-2-14

TEL：092-932-0443 FAX：092-932-7563

3 PET健診結果 健診結果は当日医師より説明を行います。ただし、当日結果の出ない健診内容を含む総合結果報告書は、後日(約20日後)に改めてお送りします。(冠動脈MRI・もの忘れ検査は当日の結果説明はありませんので、総合結果報告書で検査結果をご確認ください。)

古賀病院21 PET健診申込書

宇美町商工会

FAX：092-932-7563

フリガナ					希望コース名		
本人氏名 または 代表者氏名	(男・女)						
住 所	〒				第1希望日	月	日
電話番号	自宅	—	携帯	—	第2希望日	月	日
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 (歳)			
身長・体重	cm	kg	糖 尿 病	あり・なし			
代表者以外の受診者名	性 別	生 年 月 日	住 所	希望コース名	第1希望日	第2希望日	
1	男・女	M・T・S・H 年 月 日					
2	男・女	M・T・S・H 年 月 日					