

\春の特別企画 PETがん健診/

基本健診コース

のご案内

期間
限定

2018
4/1 ▶▶ 6/30 まで

[基本健診コース]

通常

120,000円 (税別)

特別料金

100,000円 (税別)

3つのポイント

- 1 1度の検査で全身のチェックが可能です
- 2 負担の少ない短時間の検査(約5時間)
- 3 検査終了後、その日のうちに結果説明

オプションで腫瘍マーカー追加可能です!

CEA 胃がん、大腸がん、乳がん、食道がんなど

AFP 肝臓がん

CA19-9 膵臓がん、胆嚢がん、胆管がんなど

NSE 肺がん

CYFRA 食道がん、肺がんなど

●本企画はオプション検査をお付けいただけません。ただし、腫瘍マーカーセット(¥8,000税別)のみ、追加可能です。
●他の割引との併用はできません。

PETがん健診 基本健診コースの内容

PET-CT

腫瘍マーカー

*男性:PSA 女性:CA125

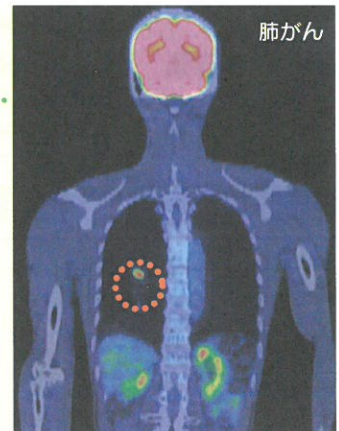
血液検査

エコー検査

上下腹部 甲状腺・頸動脈

食事付

当日結果説明



(PET撮影時間 約15分)

※特別企画は日曜・祝日には実施していません。

社会医療法人 天神会

KOGA

古賀病院21 PET画像診断センター

〒839-0801 久留米市宮ノ陣3-3-8 ☎0120-318-188

21pet



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のご案内

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 (税別)			
がんが気になる方のコース	シンプル 【所要時間】 約5時間	がんを調べるコース 全身のがんを調べるPET-CT検査に、エコー検査を組み合わせた基本的なコースです。	PET-CT ◆上下腹部	エコー 血糖値のみ	一般料金 95,000円 会員料金 92,000円	
	基本健診 【所要時間】 約6時間	がんを調べる基本コース PET-CT検査と腫瘍マーカー(1項目)や各種血液検査、エコー部位の拡大を組み合わせた、がん発見の基本コースです。幅広い年齢の方にお勧めします。	PET-CT ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺	エコー 血液検査 腫瘍マーカー(※1項目)	一般料金 120,000円 会員料金 117,000円	
	精密健診 【所要時間】 約7時間	がんを精密に調べるコース PET-CT検査に頭部MRI・MRA、胃カメラ検査を追加し脳卒中とがん発見率を高めたコースです。	PET-CT ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺	エコー 血液検査 腫瘍マーカー	頭部MRI MRA 胃カメラ	一般料金 160,000円 会員料金 157,000円
がんと同時に心疾患や脳卒中も調べたい方	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コースです。特に50代以上の方にお勧めします。	PET-CT ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺・心臓	エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心臓MRI	頭部MRI MRA	一般料金 215,000円 会員料金 210,000円
	ゴールド 【所要時間】 約7時間	三大疾病と高度精密を組み合わせるコース 三大疾病コースと精密健診コースを組み合わせ、がん発見率を高めるとともに、三大疾病を総合的に調べるコースです。	PET-CT ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺・心臓	エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心臓MRI	頭部MRI MRA 胃カメラ	一般料金 228,000円 会員料金 223,000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** 田川商工会議所 〒826-0025 田川市大黒町3-11
TEL：0947-44-3150 FAX：0947-45-6073
- 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30日後)に改めてお送りします。
※心臓 MRI は当日の結果説明はございませんので、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

田川商工会議所

FAX：0947-45-6073

フリガナ			事業所 No.			希望コース名	
事業所名							
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	T・S・H	年	月	日	(歳)	
代表者以外の受診者名	性別	生年月日	ご連絡先	希望コース名	第1希望日	第2希望日	
1	男・女	T・S・H 年 月 日					
2	男・女	T・S・H 年 月 日					
3	男・女	T・S・H 年 月 日					