

＼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

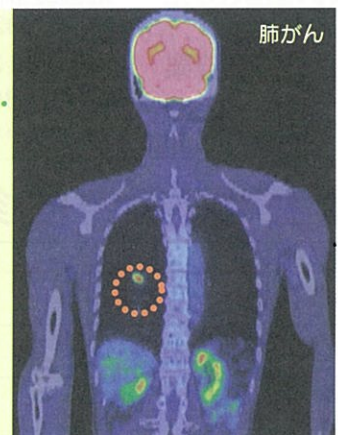
血液検査

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	<b>シンプル</b> 【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 エコー 血糖値のみ ◆上下腹部 ※シンプルには、オプションをお付けできません。	一般料金 95,000円
			会員料金 92,000円
がんと同時に心疾患や脳卒中も調べたい方	<b>基本健診</b> 【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 エコー 血液検査 腫瘍マーカー(*1項目) ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺 ※男性はPSA(前立腺)、女性はCA125(子宮・卵巣)の各1項目のみ	一般料金 120,000円
			会員料金 117,000円
	<b>精密健診</b> 【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 エコー 血液検査 腫瘍マーカー 頭部MRI MRA 胃カメラ ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺	一般料金 160,000円
			会員料金 157,000円
	<b>三大疾病</b> 【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 エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心臓MRI 頭部MRI MRA ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺・心臓	一般料金 215,000円
			会員料金 210,000円
	<b>ゴールド</b> 【所要時間】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 エコー 血液検査 腫瘍マーカー 心臓MRI 頭部MRI MRA 胃カメラ ◆上下腹部・頸動脈・甲状腺・心臓	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 筑紫野市商工会 〒818-8577 筑紫野市湯町3-2-5  
TEL：092-922-2361 FAX：092-921-1029
- 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

筑紫野市商工会

FAX：092-921-1029

フリガナ	事業所名	事業所 No.	希望コース名		
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			