

古賀病院21

PETがん健診 + 頭部MRI検査

冬企画
セットコースのご案内

実施期間

2025年
2月末日まで!

PETがん健診

132,000円

PET-CT

腫瘍マーカー(1項目)

男性PSA 女性CA125

血液検査

尿検査

便検査

エコー検査

上下腹部・甲状腺・頸動脈

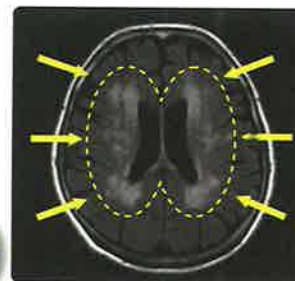
当日結果説明



(PET撮影時間 約15分)

頭部MRI・MRA検査

29,700円



頭部MRIで、脳腫瘍や小さい脳梗塞を調べます。上図は脳梗塞が繰り返した多発性脳梗塞の症例です。



頭部MRAで、動脈の狭い部分や、くも膜下出血の原因となる脳動脈瘤を調べます。

MRIの撮影が不可能な方

- ペースメーカー・人口内耳など、体に金属が入っている方
 - 閉所恐怖症の方
 - 金属を含む染料でタトゥー(入れ墨)をしている方
- ※詳しくはお問い合わせください。

期間価格

137,500円

(税込)

右記の検査がオプションで追加可能です

腫瘍マーカー5項目セット

(採血) **8,800円**
血液からがんを調べる検査

LOX-index検査

(採血) **14,850円**
脳梗塞や心筋梗塞のリスク検査

腸内フローラ検査

(便キット提出型) **19,800円**
腸内環境を調べる検査

骨密度検査

(画像) **5,000円**
骨密度を調べる検査

古賀病院21
PET画像診断センター
センター長

よしだ つよし
吉田 毅 医師



早めのリスクチェックを!

よく耳にする脳卒中や脳梗塞は、一度発症すると脳細胞や神経細胞にダメージを与えます。一命を取り留めたとしても、身体に麻痺や言語障害などの後遺症が残ることもあります。癌と同様に早めのリスクチェックが重要になります。

脳の検査を勧められるケース

- 高血圧、高血糖、脂質異常(高脂血症)、高尿酸血症、高コレステロール、動脈硬化の恐れ等の指摘を受けた方
- 肥満傾向 ● お酒をたくさん飲む ● 喫煙者
- ストレスが多い ● 食事での塩分摂取量が多い
- 家族や血縁者が脳卒中になった

PET-CT検査の限界について

PET検査は全身を隈なく検査し、10mm前後のがん発見も可能と言われています。しかし、FDGという薬を使う検査のため、病気がなくてもFDGが集まる肝臓や脳、FDGが排泄のため通過する腎臓や膀胱、前立腺、常に動いている胃や大腸などには、決して万能ではありません。

社会医療法人 天神会

KOGA

古賀病院21

〒839-0801 久留米市宮ノ陣3-3-8

☎ 0120-318-188

受付時間(土日・祝日を除く) 9:00~16:30
(土曜日) 9:00~12:30

PET画像診断センター

21pet

検索

※料金は全て税込表示です。※他の割引との併用はできません。
※こちらの企画は日曜・祝日には実施しておりません。

特別企画以外の健診コース および会員様料金のご案内

基本健診コース 【所要時間】約5時間 127,000 円(税込)

PET-CT 検査と腫瘍マーカー（1項目）や各種血液検査、エコー検査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 (上下腹部 頸動脈 甲状腺)	血液 検査	腫瘍 マーカー (1項目) ※ PSA ※ CA125	尿検査	便検査
--------	-----------------------------	----------	---	-----	-----

精密健診コース 【所要時間】約6時間 178,000 円(税込)

PET-CT 検査に頭部 MRI MRA 検査、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 (上下腹部 頸動脈 甲状腺)	血液 検査	腫瘍 マーカー (6項目)	頭部 MRI MRA	胃 カメラ	心電図 尿検査 便検査
--------	-----------------------------	----------	---------------------	------------------	----------	-------------------

三大疾病コース 【所要時間】約7時間 238,000 円(税込)

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。

PET-CT	エコー (上下腹部 頸動脈 甲状腺 心臓)	血液 検査	腫瘍 マーカー (6項目)	頭部 MRI MRA	心臓 MRI	心電図 尿検査 眼底カメラ 血圧脈波 便検査
--------	-----------------------------------	----------	---------------------	------------------	-----------	------------------------------------

※定期的に健診を受けている方におすすめのシンプルコースや、オプション検査などはWEBをご覧ください。



**お申込みは、申込書を所属されている団体様へ
FAX お願いいたします。**

P E T 健 診 申 込 書

団体名 _____

事業所名 _____

(フリガナ)

氏 名 _____ (男・女)

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所 〒 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

○ご希望コース

- 特別企画
 その他コース(_____)

○ご希望日

- ① _____
② _____
③ _____

(フリガナ)

氏 名 _____ (男・女)

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所 〒 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

○ご希望コース

- 特別企画
 その他コース(_____)

○ご希望日

- ① _____
② _____
③ _____