

PET/CTによるがん検診のご案内

がんの早期発見・早期治療に!

詳しくはこちら



企業の安定した経営には、従業員の健康への配慮が必要不可欠です。従業員等への健康投資を行うことは従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上が期待されます。健康投資として、がんの早期発見・早期治療に役立つ

PET/CTがん検診を受診されてはいかがでしょうか?



仙台画像検診クリニック



<https://www.micjapan.or.jp/>

がん検診コース/主な検査内容	コース説明	所要時間	一般価格(税込)	会員割引価格(税込)
PET/CTシンプルコース PET/CT(脳、体幹部)、肺がんCT	PET/CT検査のみのシンプルコース 人間ドックや一般健診などが終わっており追加でがん検査を行いたい方へ推奨	約3時間	¥90,000	¥86,500
スタンダードコース PET/CT(脳、体幹部)、肺がんCT 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺) 腫瘍マーカー10種	がん検診と人間ドックを合わせた総合検診コース PET/CTと腹部超音波検査付きでより詳しく調べたい方へ	約3.5時間	¥135,000	¥129,250
ハイコース PET/CT(体幹部、脳)、肺がんCT MRI(腹部、骨盤) 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺) 腫瘍マーカー10種	がん検診と人間ドックを合わせた総合検診コース PET/CTと腹部超音波検査にMRI検査を追加	約4.5時間	¥190,000	¥181,500
フルコース PET/CT(体幹部、脳)、肺がんCT MRI(脳、腹部、骨盤) 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺、頸動脈) 腫瘍マーカー10種、動脈硬化リスク検査	がん検診+人間ドック+脳検査 脳と心臓についても詳しく検査することで三大疾病の兆候を調べます。	約5時間	¥235,000	¥224,250
MRIコース MRI(腹部、骨盤) 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺) 腫瘍マーカー10種 胸部X線	がん検診と人間ドックを合わせたMRI総合検診コース 放射性物質を使用しない為被ばくが気になる方、ご家庭に乳幼児のいる方に推奨	約2.5時間	¥95,000	¥91,250

◎オプション検査もご用意しております。詳細につきましては、ホームページをご確認、もしくはお電話にてお問合せ下さい。
◎土・日・祝日の受診も可能です。希望日の2週間前～2ヶ月前にお申込み下さい。

※検診終了後、3～4週間ほどで検診結果をお送りします。



オプション検査の詳細はこちら

公益社団法人 仙台北法人会

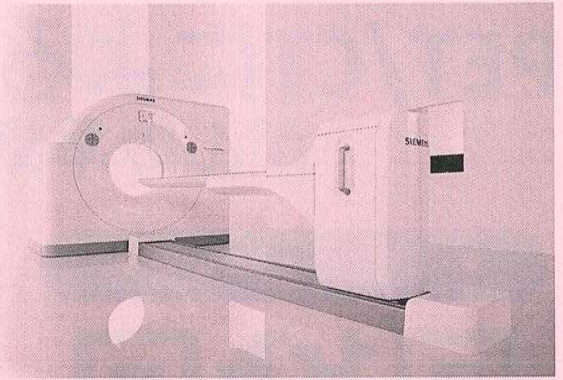
〒980-0811 宮城県仙台市青葉区一番町2-3-22 仙台ビルディング6階
TEL 022-263-0151 FAX 022-268-0205

生活習慣の
見直し

早期発見

早期治療

仙台画像検診クリニックは、
PET/CTを活用して「がんの早期発見」を
お手伝いする検診施設です。



<ご予約の流れ>

step1

申込用紙に必要事項記入の上、法人会へFAX送信

step2

「仙台画像検診クリニック」より詳細の確認連絡をさせていただきます

step3

検査キット一式をお送りします。同封の案内状でご予約日時・内容をご確認ください

検診申込書

申込FAX番号 公益社団法人 仙台北法人会 FAX 022-268-0205

※□は該当項目にチェック(レ)

割引有効期限：2025年4月1日～2026年3月31日

申込日		月	日		
申込コース <small>※コース名に○を付けてください</small>	シンプルコース	スタンダードコース		MRIコース	オプション <small>※ご希望のオプションをご記入下さい</small> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ハイコース	フルコース			
フリガナ					生年月日 T・S・H 年 月 日
受診される方のお名前					性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
事業所名					体重 kg
資料送付先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 〒 <input type="checkbox"/> 会社				
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社		FAX番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社	
携帯番号			メールアドレス		
受診日第一希望	月 日 曜日		受診日第二希望	月 日 曜日	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行事前振込 (振込先は後日連絡いたします) <input type="checkbox"/> 現金支払い (検査当日、受付時に窓口でお支払いください) <input type="checkbox"/> クレジットカード (検査当日、受付時に窓口でお支払いください)				
ご質問・ご要望など					
DM送付について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

※記入した個人情報については、受診結果の送付など、本事業運営のために検診機関に提供します。必ず、受診される方が同意の上お申込みください。

※PET/CT検査用の薬剤をお体に合わせて合成するため、体重のご記入をお願いいたします。

