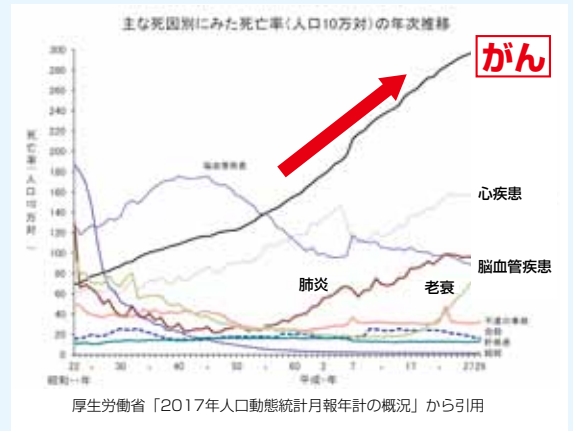


特別 PET-CT 検診のご案内

医療法人 康仁会 西の京病院

がんによる死亡数は年々増加しており、日本人の2人に1人はがんにかかると言われています。がんは、早期には症状が出ないことが特徴で、進行した状態で見つかり、完治するのは難しい病気です。しかし、医療の進歩に伴い、早期に発見できればほとんどのがんは完治できる時代です。



PET 検査は、日常の医師の診察で発見するのが困難な全身のがんを苦痛なく早期発見できうる理想的な検査といわれております。

当院では、15年前からPETを導入し、がんの早期発見に努めてまいりました。今般、当院では最新最高水準のPET-CTを導入し、特別価格でこのPET-CTを受けられる検診コースをご提供させていただくことになりました。是非この機会に今一度、がんについてご家族皆様でお考えいただければ幸いです。

**”がん検診はご自身・ご家族皆様の
安心のために定期的に受けましょう！”**

新元号“令和”特別 PET-CT 検診コース

【検査内容】 PET-CT (全身) + 腫瘍マーカー (3種類) + 胃 ABC 分類

食事付

腫瘍マーカーの内容

男性 CEA・シフラ・PSA **女性** CEA・シフラ・CA125

胃 ABC 分類とは

ピロリ菌抗体・ペプシノゲン検査の結果より胃がんのリスクを評価します

【検査料金】 70,000円 (通常 93,000円) (税別) <カード払い可(一部取り扱い不可)>

【受付期間】 令和元年 5 月から 8 月末日まで (受診日は 9 月以降でも可)

【予 約】 裏面の申し込み用紙よりFAXまたはお電話にて受付

【その他】 他のコースを希望される場合は 10% の割引

(お電話にてのお申し込みの場合は“新元号令和 特別 PET-CT 検診コース”とお伝えください)



メディカルプラザ薬師西の京アクセスセンター
☎0742-35-1215

◆ PET-CT 検査申込書 ◆

(ご新規者様 ・ 既受診者様)

*太枠線内にご記入願います

※申込日(記入日)

年 月 日

※フリガナ				(ID)
※名前	様			※ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
※生年月日	M・T・S・H	年	月	日 ()歳
※住所	〒 -			
※連絡先	自宅()	-	FAX()	-
	携帯()	-	会社()	-
※申込書確認の連絡方法	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社	

受診コース	<input type="checkbox"/> 令和元年 特別 PET-CT 検診 (PET-CT + 腫瘍マーカー3項目 + 胃ABC分類)				
	<input type="checkbox"/> トータルコース	<input type="checkbox"/> レディースコース	<input type="checkbox"/> ブレインコース		
	<input type="checkbox"/> PET/MRI/血液検査	<input type="checkbox"/> PET FIRSTコース	※令和元年特別PET-CT検診以外のコースは通常料金より10%割引		
追加オプション(税別)	<input type="checkbox"/> 頭部MRI (13,000円)		<input type="checkbox"/> 胸部CT (10,000円)		
	<input type="checkbox"/> 乳房エコー/マンモグラフィー(10,000円)		<input type="checkbox"/> その他()		
※ 追加オプションは 通常料金より10%割引					
※検査希望日 (木・日・祝は休診)	第1希望	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	<input type="checkbox"/> 特に指定なし				
※西の京病院での受診歴	<input type="checkbox"/> あり(平成 年 月頃) 人間ドック・外来・入院 <input type="checkbox"/> なし				
※ご確認事項	過去に心臓ペースメーカー手術・脳動脈瘤クリッピング手術歴はございますか？				
	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
	現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
ご質問があればご記入ください				ご紹介者名	

検査結果について	<p>先ずは郵送でのご報告となります。詳細な結果説明をご希望の方は、後日無料にて実施させていただきます。</p> <p>検査結果報告書がお手元に到着後にお申込ください。</p> <p>実施時間帯は、月曜から土曜(祝日除く)の14時から16時の間となります。</p>
----------	--

《注意事項》

- ・※印の箇所は必ずご記入ください。□は該当するものにチェック願います
- ・申込書は①Fax②郵送のどちらかでお願ひします(24時間受付)
- ・申込書が到着次第、確認の連絡をさせていただきます(予約済みの方は除きます)
- ・ご不明な点はお気軽にお尋ねください

<申し込み先>

(アクセスセンター確認用) HP

送付日	
案内	送付済 ・ 不要
容器	送付済 ・ 不要
資料	送付済 ・ 不要

医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京 アクセスセンター

〒630-8051 奈良県奈良市七条町95-1

TEL 0742-35-1215

FAX 0742-35-1216