

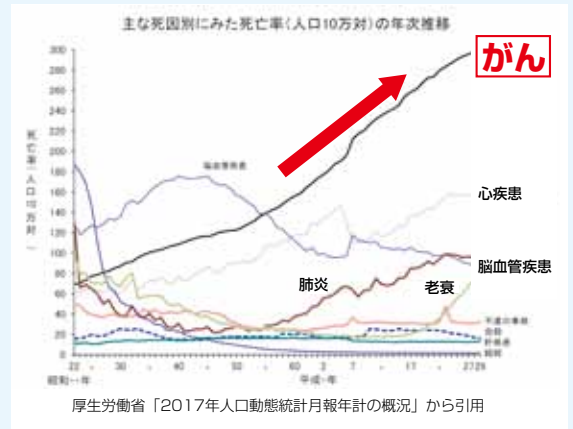
特別 PET-CT 検診のご案内

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。

新型コロナウイルス感染症の終息がまだ見えない状況ですが、当院では病気(がん)の早期発見に加えワクチンの大規模会場の設置や接種後の抗体検査を積極的におこないコロナ感染拡大防止にも力を入れております。コロナワクチン接種後の安心と、お身体の健康管理にお役立て下さい。

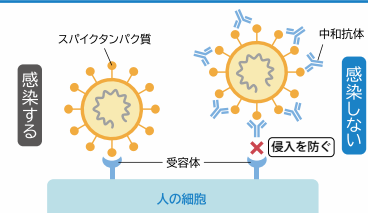


**”がん検診はご自身・ご家族皆様の
安心のために定期的に受けましょう！”**

特別PET-CT検診コース

【検査内容】 PET-CT検査 + 新型コロナウイルス中和抗体検査

中和抗体(抗S抗体)とは
ウイルスの感染力や毒性の活性を弱めたり、
消失することが期待される抗体



【検査料金】 80,000円(税込) 通常 96,800円

【受付期間】 令和4年1月末日まで(受診は1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】 下記のコースを希望される場合10%の割引

- PETファーストコース
- PETスタンダードコース
- PETトータルコース
- PET-CTエグゼクティブコース

**さらに
+
新型コロナウイルス
中和抗体検査が無料!!**

(お電話にてお申し込みの場合は”新型コロナウイルス中和抗体検査付きコース”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	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		

期間限定コース	<input type="checkbox"/> 特別PET-CT検診コース (新型コロナウイルス中和抗体検査付き)				
PET検診コース (10%OFF) ・新型コロナウイルス中和抗体検査	<input type="checkbox"/> PET-CTエグゼクティブコース		<input type="checkbox"/> PETトータルコース		
	<input type="checkbox"/> PETスタンダードコース		<input type="checkbox"/> PETファーストコース		
セットオプションコース	<input type="checkbox"/> 乳がんドック	<input type="checkbox"/> 胃・大腸がんドック	<input type="checkbox"/> 心臓ドック		
	<input type="checkbox"/> すい臓がんドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック	動脈硬化ドック (<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②)		
オプション検査	<input type="checkbox"/> 血液検査セット	CT (<input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 上腹部)	MRI (<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 上腹部・ <input type="checkbox"/> 骨盤部)		
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> その他 ()	超音波 (<input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 乳房・ <input type="checkbox"/> 頸動脈)		
※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"/> 特に特定なし				
※西の京病院での受診歴	<input type="checkbox"/> あり (年 月頃) 人間ドック ・ 外来 ・ 入院 <input type="checkbox"/> なし 診療料 科 / 主治医 医師				
※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	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。検査結果報告書がお手元に到着後にお申込ください。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。
----------	---

《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)

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