

～ 会員事業所限定で受診料が割引になります ～

竹田総合病院

PET-CTのご案内

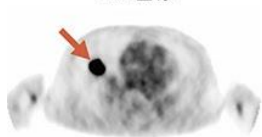
会津若松商工会議所 文化情報・サービス業部会 医療機関連携事業

竹田総合病院様では、会津医療圏で初の「PET-CT」の導入により、迅速で正確ながん検査が可能となりました。当所では、竹田総合病院様との連携により、会員事業所の皆様にお気軽にご受診いただけるよう**会員割引特別価格**を設定しています。企業の代表者はじめ従業員等も含めた健康維持のため、是非この機会に受診をご検討ください。

PETとCTの診断能力を融合させた最先端の画像診断機器がPET-CTです

ブドウ糖に放射性物質をつけた特殊な薬品(FDG)を注射し、体内に行き渡らせま
す。がん細胞は正常細胞よりも多くのブドウ糖を消費するためFDGがより多く集積
します。それを体外から撮影、活動状態(PET)と組織の形態(CT)を組み合わせ
て検査するのがPET-CT検査です。身体への負担が少なく、どなたにでもできるやさ
しい検査です。

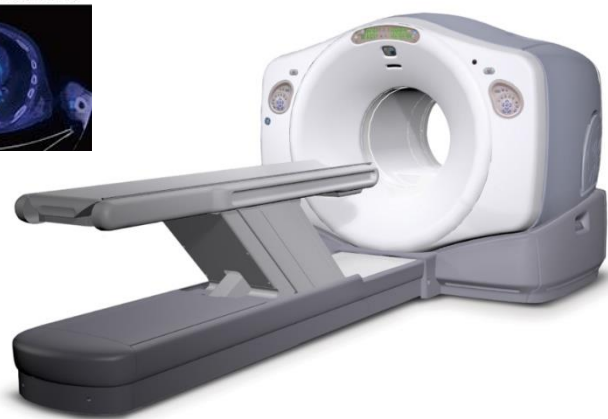
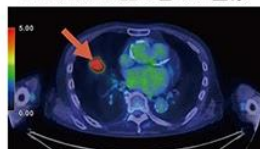
PET画像



CT画像



PETとCTの重ね合わせ画像



PET-CT検査の特長

1 早期発見

従来の検査方法よりもはるかに早期のがん細胞が発見できます。

2 悪性度、進行度合が分かります

良性、悪性の区別や進行度合いなどを視覚的に捉え、腫瘍の性質も推定できます。

3 がんの転移、再発の診断

全身を撮影し調べますので、転移や再発などの広がりを診断することができます。

4 安全度が高く、負担の少ない検査です

PET検査での放射線の被ばくは、人が地球上で暮らしている1年間の被ばく量とほぼ同じで副作用などはほとんど心配ありません。また、注射を1本して横になっているだけでするので辛さはほとんどありません。

PET-CT検査の流れ

1. 説明・問診・測定・・・検査の説明や安全で適正な検査を行うための問診、身長・体重・血糖値測定などを検査前に行います。
2. 注 射……………FDGという薬品を注射します。副作用の心配はほとんどありません。
3. 安 静……………薬が全身にいきわたるまで約1時間安静室にてお休みいただきます。また、撮影前に専用トイレで排尿していただきます。
4. 撮 影……………撮影の時間はおよそ30分間です。動かず静かに寝ているだけです。
5. 待機・終了……………安静室に戻り、薬の成分が減少するまで体を休めていただき終了となります。(必要に応じて再度撮影を行う場合があります)
6. 結果説明(後日)・・・専門医師が画像を見て診断をするために検査結果が出るまでには時間がかかります。検診の場合、検査結果は後日送付させていただきます。

検査での注意事項

- ◆前日から激しい運動は避けてください。
- ◆検査5時間前からは絶食してください。また水やお茶以外の飲み物は飲まないでください。
- ◆使用する薬品は外部からの搬入のため、諸事情により検査時間の変更や延期が生じる場合がありますのであらかじめご了承ください。

会員特別割引制度

- 1 対象者 会員事業所の代表者、家族従業員、従業員
- 2 割引率 一律 20000 円引
- 3 検診プラン・料金(当日お支払金額)

プラン名	検診内容	一般料金	会員特別割引料金
ベーシック	PET-CT検査、身体測定、血液検査、尿検査、便検査、腫瘍マーカー検査	126,000 円 (税込 138,600 円)	106,000 円 (税込 116,600 円)
スタンダード	PET-CT検査、身体測定、血液検査、尿検査、便検査、腫瘍マーカー検査、超音波検査、胸部CT検査	147,000 円 (税込 161,700 円)	127,000 円 (税込 139,700 円)
エグゼクティブ	PET-CT検査、身体測定、血液検査、尿検査、便検査、腫瘍マーカー検査、超音波検査、胸部CT検査、CT体内脂肪測定、骨盤MRI検査	169,000 円 (税込 185,900 円)	149,000 円 (税込 163,900 円)

*腫瘍マーカー:前立腺がん(男性のみ)、卵巣・子宮がん(女性のみ)、大腸がん、肝がん、膵臓がん

*検診内容等の詳細は、竹田総合病院検診センター(Tel0242-29-9877)へお問合せください。

4 お申込み方法

検査希望日の2週間前までに、申込書に必要事項をご記入の上、FAX 等にてお申込みください。受診日を調整し、追ってご連絡いたします。

申込み先 : 会津若松商工会議所 総務課 FAX0242-27-1207

本件に関するお問合せは… 会津若松商工会議所 総務課 Tel27-1212 fax27-1207

会津若松商工会議所 竹田総合病院PET-CTがん検診 申込書

令和 年 月 日

◆事業所

ふりがな			
事業所名	※商工会議所会員番号 _____		
電話番号	() -	FAX番号	() -

※は事務局で記入します

◆受診される方

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受診者ご氏名				
ご住所	〒			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	年齢	歳
身長・体重	cm / kg	所属部署・役職		
電話番号	() -	FAX番号	() -	
携帯電話	() -	緊急連絡先	() -	
ご希望のコース *ご希望のプランに チェック	<input type="checkbox"/> ベーシックプラン <input type="checkbox"/> スタダードプラン <input type="checkbox"/> エグゼクティブプラン			
受診希望日	第一希望	令和 年 月 日	第二希望	令和 年 月 日
その他連絡事項				

*本申込書に記載の個人情報等は、PET-CT検診以外には使用いたしません。