

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!



JR仙台駅から徒歩15分
地下鉄五橋駅から約1分
駐車場完備

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す、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？



最新の診断機器



確かな画像診断

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)	各種共済保険加入者価格(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	¥87,500	¥85,500
スタンダードコース PET/CT(脳、体幹部)、肺がんCT 超音波エコー(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	¥130,250	¥128,250
ハイコース PET/CT(体幹部、脳)、肺がんCT MRI(腹部、骨盤) 超音波エコー(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	¥182,500	¥180,500
フルコース PET/CT(体幹部、脳)、肺がんCT MRI(脳、腹部、骨盤) 超音波エコー(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	¥225,250	¥223,250
MRIコース MRI(腹部、骨盤) 超音波エコー(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	¥92,250	¥90,250

◎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、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。

◎商工会議所の「生命保険」「終身医療保険」加入者の方は、上記「各種共済保険加入者料金」が適用されます。

※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

お申込みに関するお問合せ電話番号

<input type="checkbox"/> 仙台商工会議所 022-265-8125	<input type="checkbox"/> 気仙沼商工会議所 0226-22-4600
<input type="checkbox"/> 塩釜商工会議所 022-367-5111	<input type="checkbox"/> 古川商工会議所 0229-24-0055
<input type="checkbox"/> 石巻商工会議所 0225-22-0145	<input type="checkbox"/> 白石商工会議所 0224-26-2191

※事務局：宮城県商工会議所連合会 022-265-8125 仙台商工会議所 共済担当

検診予約申込先 FAX番号

仙台商工会議所 022-265-8130
 塩釜商工会議所 022-367-5115
 石巻商工会議所 0225-94-3978

気仙沼商工会議所 0226-24-3817
 古川商工会議所 0229-24-2820
 白石商工会議所 0224-26-3222

<ご予約の流れ>

step1

申込用紙に必要事項記入の上、加入商工会議所へ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

※□は該当項目にチェック(レ)

割引有効期限：2023年4月1日～2024年3月31日

申込日	月	日	事務局使用欄	会議所共済加入状況	<input type="checkbox"/> 生命共済 <input type="checkbox"/> 終身医療保険 <input type="checkbox"/> 加入していない
申込コース ※コース名に○を付けてください	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 ※ご希望のオプションをご記入下さい <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	ハイコース	フルコース		生年月日 T・S・H 年 月 日	
フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
受診される方のお名前				体重 k g	
事業所名					
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。

会議所使用欄

受付日	会員No	共済加入
-----	------	------

