

健診セットのご案内

実施期間
2026年
5月末日まで

新古賀クリニック健康管理センター

日帰り(半日)ドックコース



古賀病院21 PET画像診断センター

PET-CT (がん健診) 検査

料金

110,000円

- 他の割引との併用はできません。
- 税込料金となっております。
- お支払いの詳細については事前書類にてお知らせします。

検査項目

日帰り(半日)ドックコース

血液検査や心電図検査、胃の検査、腹部のエコー検査などを行う一般的な人間ドックのコースです。

問診

身体測定

身長・体重・血圧・視力・聴力

血液検査

尿検査

腫瘍マーカー

CEA
男性:PSA 女性:CA125

便検査

心電図検査

肺機能検査

上下腹部エコー

胸部X線

診察

生活指導

胃カメラ



PET-CT検査

PET-CT

血糖値



がん細胞は正常な細胞に比べて3~8倍のブドウ糖を必要とするため、ブドウ糖によく似た構造の薬 (FDG) を静脈から注射すると、がん細胞に多くの薬が集まります。この薬の集まる様子を撮影するのがPET検査です。

セットコースについての注意点

- ※人間ドックを行う施設と、PET-CT検査を行う施設は別になります。※無料シャトルバスを1時間に1本運行しております。
- ※人間ドック内の胃カメラ検査につきましては、古賀病院21で行います。

日帰りドックコース 新古賀クリニック健康管理センター PET-CT検査 古賀病院21 PET画像診断センター

- ※人間ドック後に、別日程(検査後3ヶ月以内)で、PET-CT検査受検可能です。ご予約時にご相談下さい。
- ※PET検査での当日の結果説明はございません。検査日より約1ヶ月後に結果をお知らせ致します。

社会医療法人 天神会

KOGA

古賀病院21 PET画像診断センター

〒839-0801 久留米市宮ノ陣3-3-8 ☎0120-318-188
電話受付時間/平日9:00~16:30、土曜日9:00~12:30(日祝日除く)



企画以外の健診コース および会員様料金のご案内

基本健診コース 【所要時間】約5時間 127,000 円(税込)

PET-CT 検査と腫瘍マーカー（1項目）や各種血液検査、エコー検査を組み合わせたがん発見の基本コースです。幅広い年齢の方にお勧めします。

PET-CT	エコー (上下腹部 頸動脈 甲状腺)	血液 検査	腫瘍 マーカー (1項目) ♂ PSA ♀ CA125	尿検査	便検査
--------	-----------------------------	----------	---	-----	-----

精密健診コース 【所要時間】約6時間 178,000 円(税込)

PET-CT 検査に頭部 MRI・MRA 検査、胃カメラ検査を追加し、脳卒中とがん発見率を高めたコースです。

PET-CT	エコー (上下腹部 頸動脈 甲状腺)	血液 検査	腫瘍 マーカー (6項目)	頭部 MRI MRA	胃 カメラ	心電図 尿検査	便検査
--------	-----------------------------	----------	---------------------	------------------	----------	------------	-----

三大疾病コース 【所要時間】約7時間 238,000 円(税込)

心臓に栄養を送る冠動脈の MRI 検査と頭部 MRI・MRA 検査を加え、日本人の三大疾病であるがん・心疾患・脳卒中を総合的に調べるコースです。

PET-CT	エコー (上下腹部 頸動脈 甲状腺 心臓)	血液 検査	腫瘍 マーカー (6項目)	頭部 MRI MRA	心臓 MRI	心電図 尿検査 眼底カワ 血圧脈波 便検査
--------	-----------------------------------	----------	---------------------	------------------	-----------	-----------------------------------

※定期的に健診を受けられている方におすすめのシンプルコースや、オプション検査などはWEBをご覧ください。



お申込みは、申込書を所属されている団体様へ FAX お願いいたします。

P E T 健 診 申 込 書

団体名 _____

事業所名 _____

(フリガナ)
氏 名 _____ (男・女)

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

住 所 〒 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

○ご希望コース
 健診セット
 その他コース()

○ご希望日
 ① _____
 ② _____
 ③ _____

(フリガナ)
氏 名 _____ (男・女)

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

住 所 〒 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

○ご希望コース
 健診セット
 その他コース()

○ご希望日
 ① _____
 ② _____
 ③ _____