

# 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!

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し、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?



仙台画像検診クリニック

<https://www.micjapan.or.jp/>

詳しくはこちら



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)
<b>PET/CTシンプルコース</b> 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 <b>追加でがん検査を行いたい方へ推奨</b>	約3時間	¥90,000	¥87,500	¥85,500
<b>スタンダードコース</b> 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 <b>PET/CTと腹部超音波検査付きで より詳しく調べたい方へ</b>	約3.5時間	¥135,000	¥130,250	¥128,250
<b>ハイコース</b> 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 <b>PET/CTと腹部超音波検査に MRI検査を追加</b>	約4.5時間	¥190,000	¥182,500	¥180,500
<b>フルコース</b> 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 <b>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。</b>	約5時間	¥235,000	¥225,250	¥223,250
<b>MRIコース</b> 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 <b>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</b>	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

仙台商工会議所 022-265-8125  
 塩釜商工会議所 022-367-5111  
 石巻商工会議所 0225-22-0145

気仙沼商工会議所 0226-22-4600  
 古川商工会議所 0229-24-0055  
 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：2026年4月1日～2027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 <small>※コース名に○を付けてください</small>	シンプルコース	スタンダードコース	MRIコース	<b>オプション</b> ※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			
フリガナ					生年月日 T・S・H 年 月 日
受診される方のお名前					性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
事業所名					体重 k g
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
-----	------	------

