

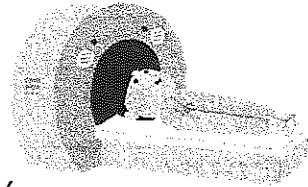
令和7年度 PET がん検診のお知らせ

がんの発症及び重症化を防止し、村民の健康増進を図るため、PET がん検診費用の一部を助成します。

PETがん検診について

PETとは、陽電子放射断層撮影装置によるがんの診断方法です。がん細胞は正常細胞の何倍もの量のブドウ糖を取り込むため、糖に似た薬剤を注射して全身を撮影し、薬剤が多く集まる箇所を見つけることで、がんを発見する手がかりとなります。

一般に、がんが1センチほどになればPET 検査で発見できるといわれています。しかし、PET 検診ですべてのがんが発見できるわけではありません。例えば、PET 検診が不得意とするがんは、胃がんと言われています。特に、早期胃がんはPET 検診では発見することが難しく、胃がんを見つけるには内視鏡（胃カメラ）による検査が優れていると言われています。がんの種類や状態により、PET 検診の役立ち具合が違います。他の検査方法を組み合わせることで、より正確な診断を行い、がんの早期発見につなげることができます。



注意事項

【PET 検診について】

- ・妊娠中、または妊娠の可能性のある方は、原則として検査が受けられません。
- ・糖尿病治療を行っている方、ステロイド（プレドニン等）を多量に服用している方は、PET 検診を受けられない場合があります。

【MRI 検査について ※脳神経疾患研究所 充実コースを選ばれた方】

- ・心臓ペースメーカー、金属の器具が体内にある方は検査ができないことがあります。
- ・妊娠中、または妊娠の可能性のある方は、原則として検査が受けられません。

申し込み方法

- 対象者 中島村に住所がある方で、
昭和26年4月2日～昭和61年4月1日生まれの方
- 募集人数 20名（定員になり次第締め切ります）
- 申込期限 令和7年8月5日（火）
- 申込先 右欄にて希望するコースを選び、裏面申込書に記入のうえ役場保健福祉課へ提出してください。電話での申し込みは受け付けません。
- その他
 - ・申込みをした方は、9月以降に医療機関から連絡があります。
 - ・キャンセルや日程変更については、脳神経疾患研究所は3日前、白河厚生総合病院は1週間前までに直接医療機関に電話してください。キャンセル料金が発生する場合がありますので、ご注意ください。

1. 脳神経疾患研究所 TEL024-934-5422

コース別【検査内容】	実施期間	検査 料金	村からの 助成	受診者 負担額
① 充実コース 【画像検査(PET、MRI、CT)、腹部超音波検査、血液検査、腫瘍マーカー、尿検査、便潜血、胃がんリスク検査、身体測定】	令和7年10月1日～令和8年1月31日 （※日、祝日、年末年始は休み）	153,450 円	25,000 円	128,450 円
② すこやかコース 【画像検査(PET、CT)、腫瘍マーカー、身体測定】		85,650 円	25,000 円	60,650 円

2. 白河厚生総合病院 TEL0248-22-2211

コース別【検査内容】	実施期間	検査 料金	村からの 助成	受診者 負担額
③スタンダードコース 【画像検査(PET、CT)、胸部CT検査、上腹部超音波検査、血液検査、腫瘍マーカー、尿検査、便潜血、身体測定、医師診察】	令和7年10月1日～令和8年1月31日 （※土、日、祝日、年末年始は休み）	133,000 円	25,000 円	108,000 円
④ベーシックコース 【画像検査(PET、CT)、血液検査、腫瘍マーカー、尿検査、便潜血、身体測定、医師診察】		107,800 円	25,000 円	82,800 円

※ご注意ください！下記のコースは助成外です。

白河厚生総合病院が実施している「福島県民コース」

白河厚生総合病院では、病院が独自で実施している「福島県民コース」という特別コースがあります。

福島県内在住の方すべてが対象で、検査内容は画像検査（PET、CT）、ピロリ菌検査で、検査料金が57,000円となっています。しかし、このコースは村からの助成は受けられませんのでご注意ください。

詳しくは白河厚生総合病院までお問い合わせください。

（裏面に申込書があります）

※申込期限 令和7年8月5日(火)

受付 番号	
----------	--

PETがん検診 予約申込書

中島村保健福祉課
申込日 令和7年 月 日

保険別	☐ 国保 ☐ 社保	※1 ご連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 会社
※1日中連絡がとれるところにチェックしてください。			
お名前	フリガナ ----- 〒 中島村大字 字	性別	☐ 男 ☐ 女
ご住所	フリガナ ----- 〒 中島村大字 字		
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
電話番号		FAX	
携帯番号			
勤務先名	フリガナ -----		
勤務先住所	フリガナ ----- 〒		
勤務先TEL		FAX	

予 約 コース	脳神経疾患研究所 (月～土曜日実施)	白河厚生総合病院 (月～金曜日実施)
	令和7年10月1日～令和8年1月31日 (※日、祝日、年末年始は休み)	令和7年10月1日～令和8年1月31日 (※土、日、祝日、年末年始は休み)
	☐ 1 充実コース ☐ 2 すこやかコース	☐ 3 スタンダードコース ☐ 4 ベーシックコース

希望日は、実施期間の中から選んでください。希望に添えない場合がありますご了承ください。

第1希望日	令和 年 月 日	第2希望日	令和 年 月 日
-------	----------	-------	----------

※2当院受診歴	☐ 有 ☐ 無
※3PET管理番号	

身長	cm
体重	kg
糖尿	☐ 有 ☐ 無

※2 PETがん検診を希望する医療機関を過去に受診したことがある方は有をチェックしてください。
※3 PETがん検診を希望する医療機関で過去にPET検診を受けた方で番号がわかる方は記入してください。