



すこやかなくらしをはぐくもう！



杜の都産業保健

vol.
57

MORINOMIYAKO OCCUPATIONAL HEALTH

contents

■特集

低線量CT肺がん検診とJECS Study
Part.1

■教えて放射線課

大腸がん検診について

■News & Topics

胸部検診車「みどり18号」納車

2022年度 日本総合健診医学会
産業医学奨励賞を受賞しました

人間ドック健診施設機能評価

労働衛生サービス機能評価認定

令和4年度 全衛連功績賞及び奨励賞を
受賞しました

■^{もりも}杜盛りレシピ

鶏肉と茄子、しめじの南蛮煮



低線量CT肺がん検診とJECS Study Part.1

杜の都産業保健会 一番町健診クリニック 医師 小山 周樹

- ・はじめに
- ・肺がん検診の有効性
- ・野口分類とCT画像所見
- ・単純X線写真で発見が困難な肺癌とCTの有用性
- ・低線量CT肺がん検診とJECS Study
- ・おわりに

以上の内容を、2回に分けて概説します。

はじめに

放射線科医として肺癌の放射線治療に関わっていますと、もっと早期に見つかっていればと早期診断の重要性が痛感させられます。東北医科薬科大学で肺がん検診の最前線である低線量CT肺がん検診「JECS study」に関わる機会がありましたので、肺がん検診におけるCT検査の有用性について私見を交えながら改めて振り返ってみたいと思います。



■経歴

東北大学医学部卒業
東北大学大学院医学研究科卒業
宮城県立成人病センター
東北薬科大学病院
東北医科薬科大学病院
東北医科薬科大学放射線医学初代教授
東北医科薬科大学名誉教授

■専門分野

日本医学放射線学会放射線治療専門医

肺がん検診の有効性

現在、公共政策として行われる対策型の肺がん検診では対象として非高危険群では40歳以上に胸部単純X線写真を、高危険群(50歳以上の喫煙指数600以上の重喫煙者)では胸部単純X線写真と喀痰細胞診検査を実施しています。肺がん検診の有効性が乏しいとの疑義から、祖父江らにより「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」として有効性評価が行われました。2006年に死亡率減少効果を示すエビデンスがあり実施することが適当であると「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」として報告されています。二重読影と比較読影などを含む標準的方法で行った場合には、死亡率を半分程度に減少させますが、死亡率減少効果は1年間で、肺がん検診により発見された5年生存率が30～50%と低いなどの問題点が指摘されています。標準的な方法が行われないと死亡率減少効果の根拠が認められ

ず、肺がん検診としては勧められないとされます¹⁻²⁾。また、胸部単純X線写真で検出できる腫瘍サイズは2cm以下では50%程度と報告されています³⁾。単純X線写真による肺癌の発見には限界があることから、1993年から肺癌による死亡率減少を目指して、「東京から肺がんをなくす会」では重喫煙者を対象としてCTによる肺がん検診が行われました。初期の結果は大変有望で、胸部CTにより小さな肺癌、特に腺癌が多数発見され、早期症例が多く、手術成績は良好でした⁴⁻⁶⁾。以後、日本ではCTによる肺がん検診が広まりましたが、検診の有効性は肺癌の発見率の高さや予後の良好さでは評価は出来ず、バイアス(ある方向性をもった偏り)が避けがたいことから低線量CT肺がん検診の有効性の確立が期待されました。



※ 1. 有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 平成18年厚生労働省班研究報告
※ 2. Sagawa M, et al.: The efficacy of lung cancer screening conducted in 1990s: four case-control studies in Japan. Lung Cancer. 41 (1) : 29-36, 2003.
※ 3. Hayashi H, et al: Detectability of peripheral lung cancer on chest radiographs: effect of the size, location and extent of ground-glass opacity. BJR, 82:272-278, 2009.
※ 4. Kaneko M et al: Peripheral lung cancer: screening and detection with low-dose spiral CT versus radiography. Radiology 201: 798-802, 1996
※ 5. Sone S et al: Mass screening for lung cancer with mobile spiral computed tomography scanner. Lancet 351: 1242-1245, 1998
※ 6. Henschke CI et al: Early lung cancer action project: overall design and findings from baseline screening. Lancet 354: 99-105, 1999)

野口分類とCT画像所見

1995年にCancerに肺野末梢小型腺癌の野口分類が発表され、新たな時代の扉が開かれました⁷⁾(図1)

図1

野口分類

末梢小型肺腺癌の組織分類		
2cm以下の末梢小型肺腺癌の組織分類で、増殖パターンから6型に分類し、予後との関係を明らかにした。		
Noguchi M, et al. Cancer. 1995; 75(12):2844-52		
肺胞上皮置換性に増殖する肺癌(含気型)		
Type A	限局型細気管支肺胞上皮癌	5年生存率:100%
Type B	肺胞虚脱型の線維化巣を伴う	5年生存率:100%
Type C	線維芽細胞の増生を伴う	5年生存率:75%
肺胞上皮非置換性に増殖する腺癌(充実型)		
Type D	充実性・破壊性増殖を示す低分化腺癌	5年生存率:50%
Type E	管状腺癌	
Type F	圧排性・破壊性増殖を示す乳頭状腺癌	

野口分類では直径2cm以下の小型腺癌の構造に着目して、大きく肺胞上皮置換型(Type A～C)と肺胞上皮非置換型(Type D～F)に大別しています。Type A:細気管支肺胞上皮癌(bronchioloalveolar carcinoma: BAC)からType B:肺胞虚脱を伴うを経て、Type C:線維芽細胞の増生が加わったものとして進行し、経時的進行度を反映するものと考えられています。5年生存率はType A, Bでは100%、Type Cで約75%です。肺胞上皮非置換型Type Dは低分化充実型腺癌、Type Eは管状型腺癌、Type Fは圧排性ないし破壊性増殖を伴う乳頭状腺癌で、Type Dの5年生存率は直径2cm以下であっても約50%とサイズに比して予後不良です。野口分類では細胞異型を問題とせず構造異型だけに注目しており、CT所見と対比しやすくCT所見からその組織型を比較的容易に推測でき、野口分類と高分解能CT像の解析結果が日本から多数報告されました⁸⁾。

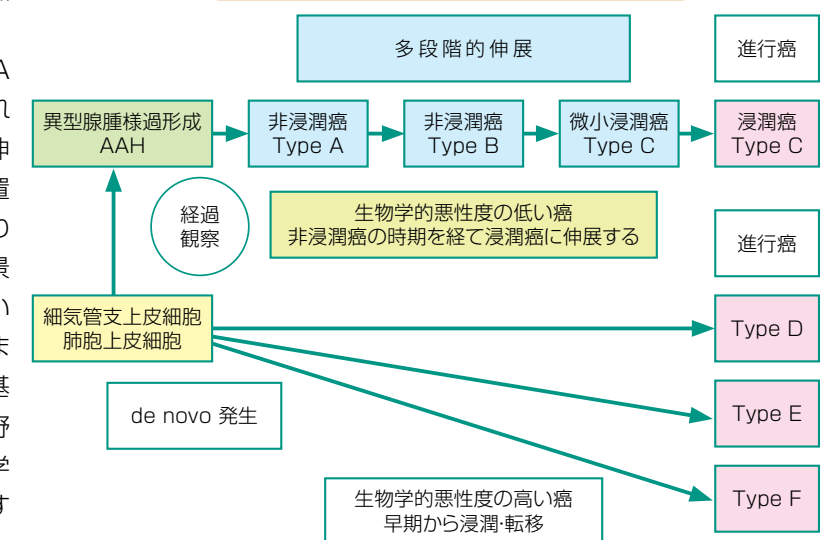
5年生存率が100%である野口分類 Type A および Type Bでは肺胞上皮置換性増殖と呼ばれる肺胞内の含気を保ちながら肺胞上皮に沿って伸展する特徴的な伸展様式を呈します。肺胞上皮置換性増殖は非浸潤成分で、高分解能CTではすりガラス影(Ground Glass Opacity: GGO;背景の肺の血管が見える程度の濃度上昇)として、淡い結節(Ground Glass Nodule: GGN)を呈します。病理学的な浸潤成分は、高分解能CTでは基本的には充実成分として高吸収域を示します。野口分類の Type A および Type B腺癌は生物学的悪性度の低い肺癌(carcinoma in situ)ですが、線維芽細胞の増生が見られる野口分類 Type

Cにても高分解能CTにて高吸収域を呈する浸潤癌成分が5mm以下であれば100%の治癒が期待でき、高吸収域という量的診断により腺癌の生物学的悪性度を評価できることが明らかになりました⁸⁾。

WHO分類第4版では分子標的治療薬の進歩を見据え、分子生物学的分類を強く反映させて病理形態学的分類との整合性が図られており、BACという組織型は上皮内腫瘍という極めて予後良好で病理組織学的に肺胞上皮置換性増殖を示しHRCTでpure GGOという特徴的な所見を呈する組織型をlepidic growth patternと命名しています。このパターンのみからなる小型腺癌を上皮内腺癌 adenocarcinoma in situ: AISと定義し、前浸潤性病変に分類しており、野口分類では Type A と Type Bが相当します。前浸潤性病変と浸潤癌の間に、径3cm以下でlepidic growthが大部分を占め浸潤成分が5mmを超えない腺癌は極めて予後良好であり、微小浸潤癌 minimally invasive adenocarcinoma: MIAとして新たに定義されました。Lepidic growth patternが径3cm以上を占める病変は浸潤性腺癌 cT1a(充実成分の径が10mm以下)と分類されます。前浸潤性病変として異型腺腫様過形成 atypical adenomatous hyperplasia: AAH (高分解能CT上、長径が5mm以下)からAISを経てMIAとなり、更に進行して浸潤性腺癌 invasive adenocarcinomaとなる時間軸を基盤とする分類が肺胞上皮置換性増殖を呈する Type A～Type Cということになります。腺腫から癌になる adenoma-carcinoma sequenceと腺腫を経ないで癌になる de novo 癌の経路は多くの臓器の癌で見られますが、Type D～Type Fは de novo 癌に相当します⁹⁾(図2)。肺結節はすりガラス型、部分充実型、充実型と分類され、肺胞上皮置換性増殖を呈する Type A～Type Cは高分解能CT

図2

肺腺癌の発生と進展



飯島達夫ほか：臨床と病理、21：501、2003。

上少なくとも一部はすりガラス影 GGO を含み、すりガラス型と部分充実型結節を併せて subsolid nodule と定義し、すりガラス影を含む結節全体を指します。すりガラス影を含む肺癌の多くは腺癌で、現在の TNM 分類第8版では CT 画像

※ 7. Noguchi M, et al: Small adenocarcinoma of the lung. Histologic characteristics and prognosis. Cancer 1995; 75:2844-52.
 ※ 8. Kuriyama K, et al: Ground-glass opacity on thin-section CT: value in differentiating subtypes of adenocarcinoma of the lung. AJR, 1999; 173:465-469.
 ※ 9. 野口雅之：肺癌の病理—特に肺腺癌の分類と現状について—。肺癌。2012; 52:339-345.
 ※ 10. 梁川雅弘：早期肺癌のすりガラス陰影。臨床放射線。66: 233-239, 2021.

で高吸収域を浸潤成分として評価し、T 因子を決定します。低線量 CT 肺がん検診で発見される肺癌の多くは subsolid nodule です¹⁰⁾。

単純 X 線写真で発見が困難な肺癌と CT の有用性

対策型検診では非高危険群では胸部単純 X 線写真による検出になりますが、前述の如く胸部単純 X 線写真で検出できる腫瘍サイズは 2cm 以下では 50% 程度と限界があります³⁾。単純 X 線写真と CT を比較しますと、先ず、第一に胸部単純 X 線で描出されている肺はおおよそ 70% 程度に過ぎません。人体という三次元的構造を二次的に前後方向に投影して見ているので、肺門および縦隔や心臓・横隔膜などでは重なるために解剖学的死角になります (図3) (図4)。

図3 左肺癌（腺癌）

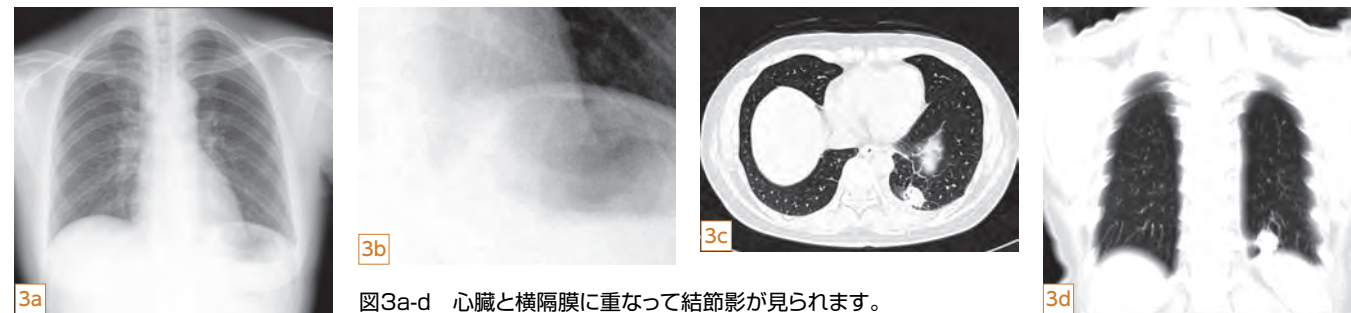


図3a-d 心臓と横隔膜に重なって結節影が見られます。

図4 右肺門部腫脹（小細胞肺癌）

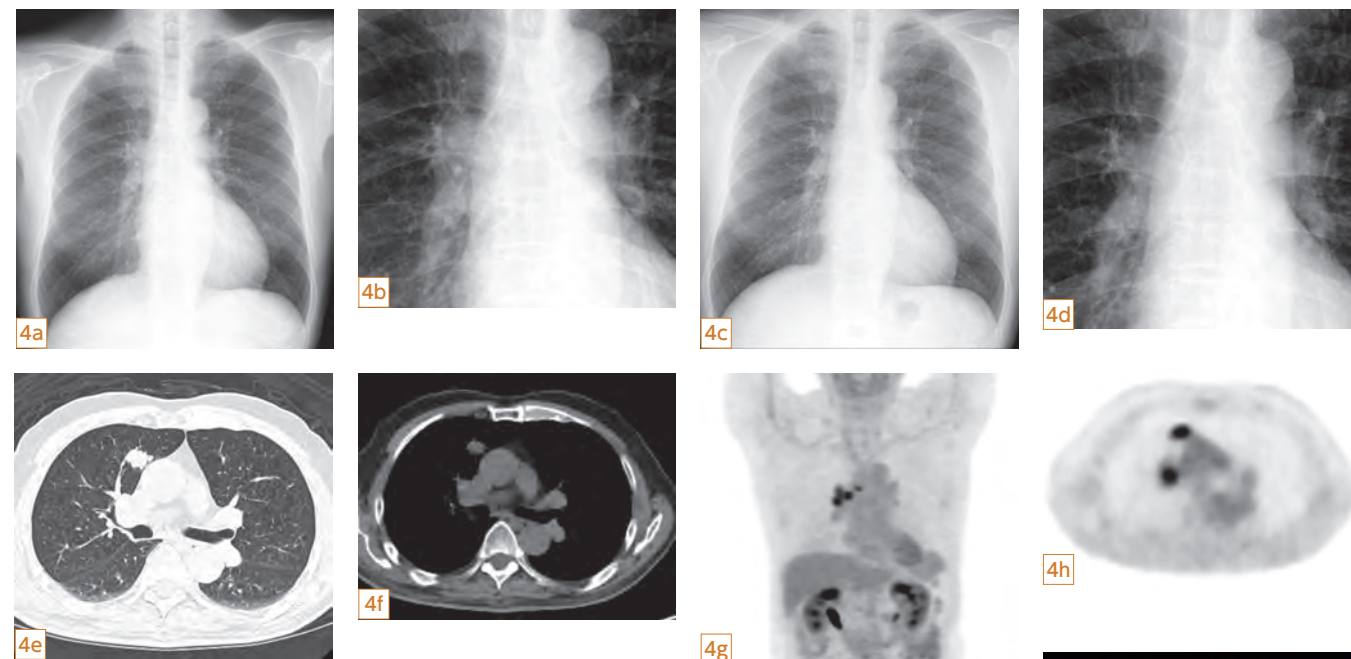


図4a-b 右肺門部腫脹

図4c-f 4年10カ月前の胸部単純 X 線写真 (図4c-d) と比較すると、(図4a-b) では、右肺門頭側部が僅かに拡大し濃度を増しています。

図4g-i FDG-PET CT：比較読影しないと右肺門頭側部の僅かな拡大と濃度上昇に気づくのは困難と考えられます。原発巣は右上葉前区 S3 で肺門と縦隔にリンパ節転移を来した小細胞肺癌です。

見えている肺野についても肋骨に重なっていない肺野は、前部肋骨と後部肋骨に重なっていない菱形の領域だけです。結局、どこにも重なっていない肺野は 30~40% と推察されます (図5)。

図5 右肺癌（腺癌）

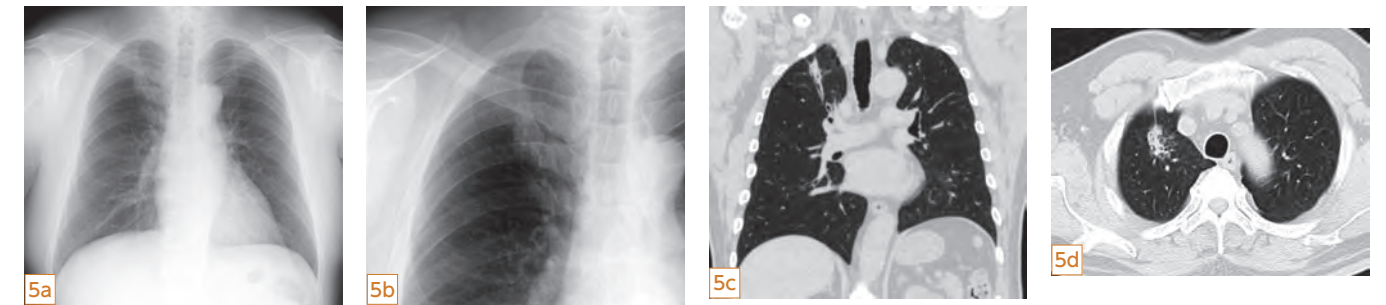


図5a-d 第1肋骨前部と重なっており、肋軟骨の石灰化と鑑別は極めて困難と考えられます。腺癌です。

第二に濃度分解能 (コントラスト分解能) が低く淡い陰影は発見が困難です。胸部単純 X 線写真では殆ど指摘困難な病変が CT では明瞭に認識できます (図6)。

図6 右肺癌（野口 Type C の腺癌）

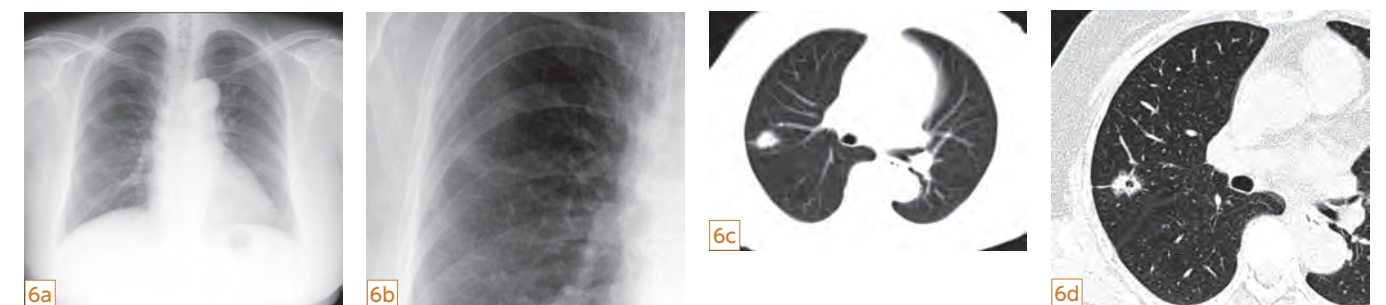


図6a-d 第3肋骨前部と重なっており、淡い陰影なので発見は容易ではない。典型的な野口 Type C 腺癌です。

背景の肺が見える程度の陰影をすりガラス影と称しますが、この程度の淡い陰影が胸部単純 X 線写真の限界と思われます (図7) (図8)。

図7 左肺癌（腺癌）

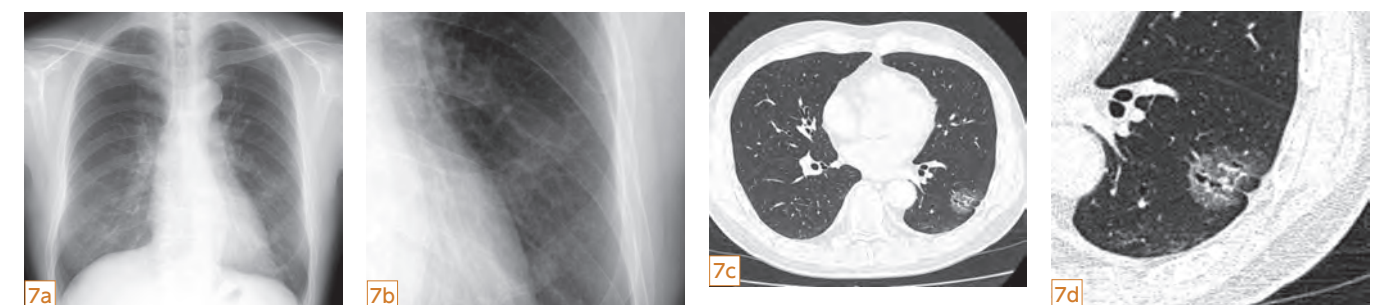


図7a-e 左中肺野、下葉 S6 のすりガラス影を呈する結節ですが、胸部単純 X 線写真では結節に見えませんが、ごく淡い陰影なので発見は極めて困難ですが、一般的にすりガラス影を呈する小さな病変は単純 X 線写真では描出されません。野口 Type B 腺癌で肺泡虚脱により濃度が上昇し描出される場合も時に見られます。

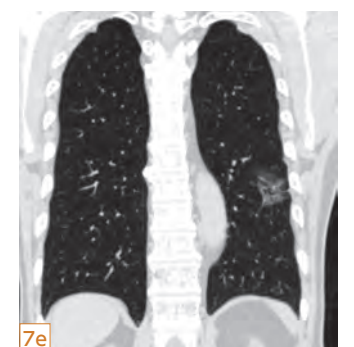


図8

左肺癌（腺癌）

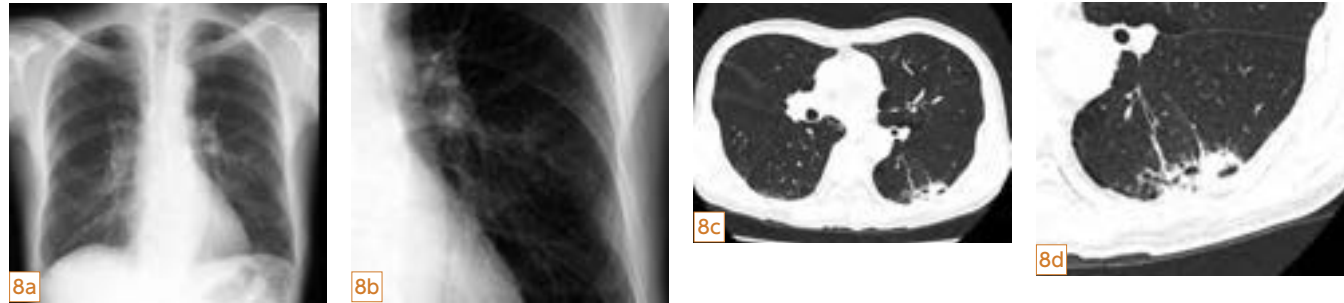
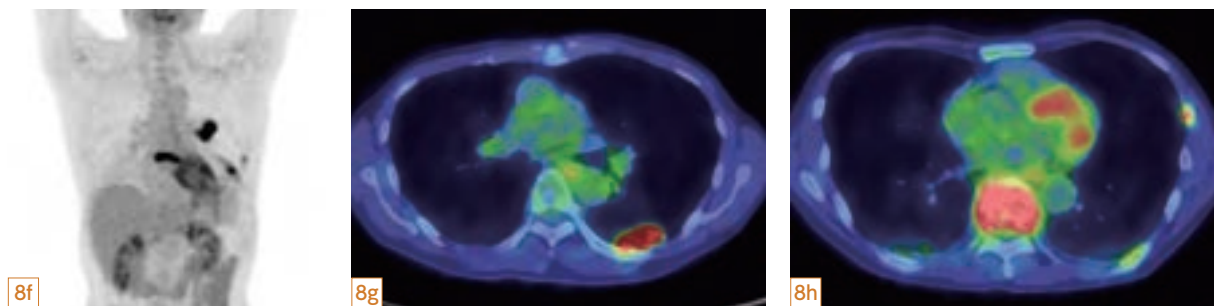


図8a-e 左中肺野、下葉S6 のすりガラス影を呈する結節です。胸部単純X線写真ではごく淡い陰影なので発見は極めて困難ですが、すりガラス影を呈する病変がCTでのすりガラス影とは限りません。このような明らかな限局性高吸収域にてもコントラスト分解能の差により単純X線写真では境界不明瞭な淡い陰影とし描出されることは多々見られます。背景に間質性肺炎があり嚢胞に連続して発生した腺癌で、既に骨転移を生じています。

図8f-h FDG-PET CT：左下葉S6の原発巣に加えて、胸椎の骨転移に集積像が見られます。



また、胸部単純X線写真で指摘可能な結節影のサイズの限界は、肺胞上皮置換性増殖型である野口 Type Cでは約1.5cm前後とされています。

第三に撮影条件による微妙な差が画像に影響します。前述の症例ですが、9日間では病変に明らかな差はないと考えられますが、見え方が異なります。読影者による差が生まれやすい傾向にあります。(図9)

図9

右肺癌（野口 Type Cの腺癌）

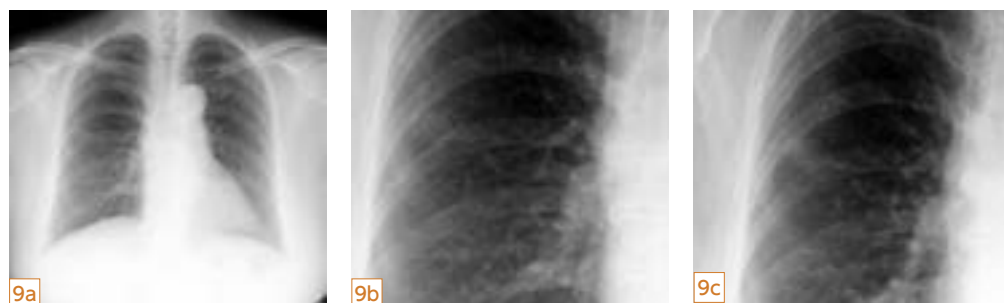


図9c 9日前の単純X線写真と比較すると当日の方が濃く描出されコントラストがついており、発見はより容易になっています。

図9b 9日前の単純X線写真

図9a-c 図6と同じ症例(第3肋骨前部と重なった淡い陰影を呈する典型的な野口Type C腺癌)ですが、9日前の単純X線写真です。腺癌ですのでこの期間で明らかな伸展はないと考えられますが、見え方がかなり異なります。この単純X線写真では指摘するのは一層困難です。CTよりも単純X線写真は撮影条件による影響を大きく受け、描出能に差を生じます。

今度は低線量CT肺がん検診で発見頻度が高い野口 Type A～Cの腺癌の胸部単純X線写真と高分解能CT像を対比して肺癌の描出能を確認します。(図10-12)

図10

左肺癌（野口 Type Aの腺癌）

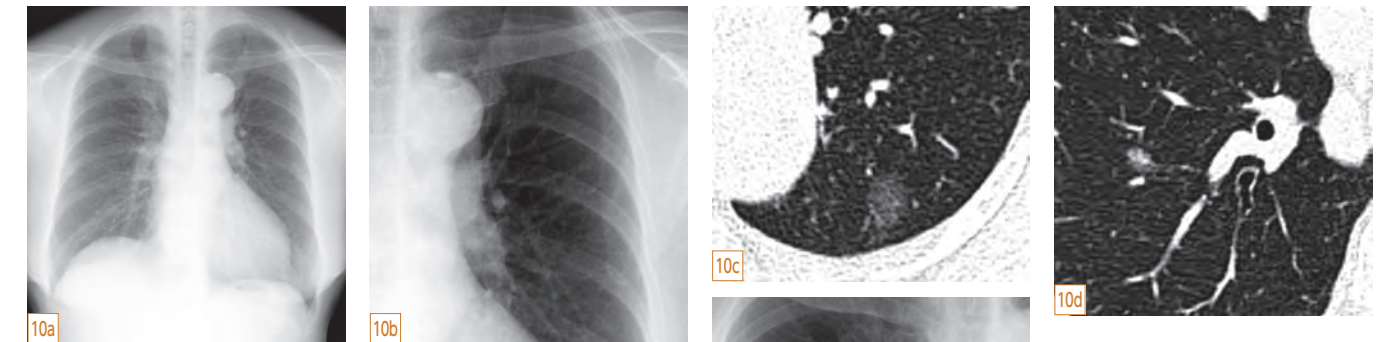


図10a-c 左肺上葉S1+2 に径14mm大のすりガラス影を呈する結節が見られ、典型的な野口 Type Aの腺癌です。かつては細気管支肺胞上皮癌といわれました。単純X線写真では描出されません。

図10d-e この症例では、右上葉にも小さなすりガラス影が見られ、部分的には左上葉よりも濃い部分を認めますが、微小病変なので描出されていません。

図11

右肺癌（腺癌）

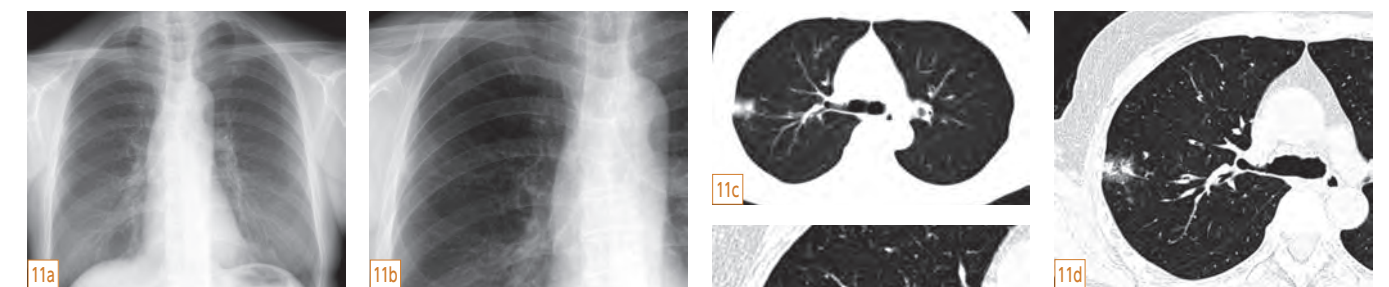


図11a-e 右肺上葉S2末梢の径20mm大のpart solid nodule ですが、単純X線写真ではごく淡い陰影が存在するようにも見えますが判然としません。CTでは背景肺の血管が見えない程度の濃い部分があり部分充実型 part solid noduleと判断されます。単純X線写真の限界を示しています。

図12

右肺癌（腺癌）

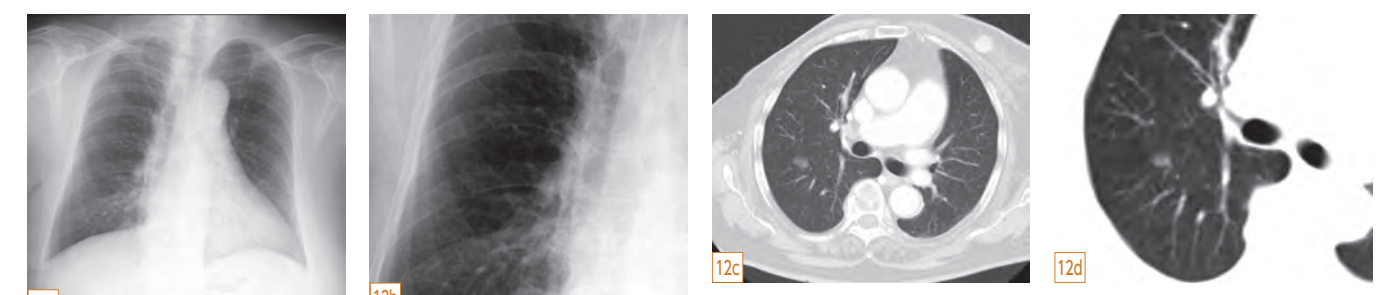
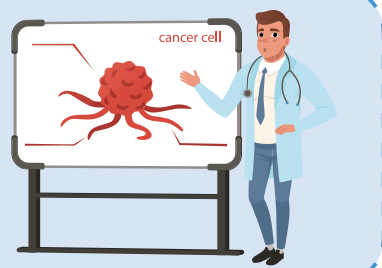


図12a-d 16年間見落とされていた右下葉S6の腺癌です。すりガラス影を呈する肺胞上皮置換性増殖を示す腺癌では増殖が極めて緩徐で予後良好な群があり、異型腺腫様過形成、浸潤前癌、微小浸潤癌から浸潤癌へと進行する多段階発癌の異型腺腫様過形成、浸潤前癌、微小浸潤癌に相当します。低線量CT肺がん検診で発見される末梢小型肺癌の多数を占めるのはこのタイプです。

図12e 10年前の通常表示CT像：高分解能CTは撮影しておらず10mmスライス厚のCT撮影ですが、振り返って見るとごく小さなぼやけた淡いすりガラス結節が認められます。

(次号 PART2へ続く)

教えて放射線課



大腸がん検診について

現在、日本における大腸がんの罹患数・死亡数は年々増加傾向にあり、罹患数は第1位（男性2位・女性2位）、死亡数は第2位（男性3位・女性1位）となっています。（出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」2019,2020）

大腸がんは発見するのが早ければ早いほど治る可能性が高くなりますが、初期の段階ではほぼ無症状であることが多い病気です。そのため、早期発見するためには定期的に検診を受けていただくことが重要となります。

それでは、大腸がん検診の検査方法についてご紹介いたします。

大腸内視鏡検査

肛門から内視鏡を挿入し、直腸から盲腸までの大腸全体の内部を詳細に調べる検査で、検査時間は20～30分程度です。大腸の炎症の病気（腸のただれ・きず）やポリープ、がんなどの病変が見つかった場合には切除や組織の採取が可能です。また色素をまいたりするなどして病変表面の模様を観察し、より詳細な診断を行います。そのためには前処置（腸の洗浄）を十分に行う必要がありますので、下剤や検査食、腸管洗浄液（900ml）の服用をしていただくことになります。



プロドローム シーアールシー Prodrome-CRC

大腸がんの発症リスクを調べる血液検査です。健康な状態から大腸がんになる過程で特異的に減少する15種類の長鎖脂肪酸（GTAファミリー）という物質の血中濃度を測定し、大腸がんの発症リスクを判別しています。人体では、慢性的に過剰な炎症が生じることや、古くなった細胞が蓄積することでがんができやすくなると考えられていますが、GTAファミリーはこれらを抑制することでがんが発生することを防ぐ働きがあります。そのため、GTAファミリーの減少は大腸がんの発症リスクを高める可能性があると考えられています。こちらの検査は、採便がうまくいかず、便潜血検査で2日分が取れない方や便潜血検査は陰性だったが大腸がんが心配な方、採血のみで大腸がんリスクを知りたい方におすすめの検査です。採血のみの簡単な検査で、早期発見・早期治療のきっかけとして利用いただくことが可能です。



CRC検査はこのような方におすすめです

- 魚や野菜をあまり食べない
- 肉料理を好んで食べる
- タバコを毎日吸う、もしくは吸っていた
- 運動をめったにしない
- 肥満（肥満気味）である
- 最近、急に食欲がなくなった
- 血縁家族に大腸がんにかかった方がいる
- 週に5日以上お酒を飲む

検査方法と流れ

当クリニックでは受付後、採血による検査を行います。脂肪酸の濃度を解析し、紙面で結果報告致します。濃度が低いほどリスクが上昇し、低リスク・中リスク・高リスクの3段階で判定が出ます。中リスクの方では低リスクの方の10倍程度大腸がんの罹患リスクが高いとされています。高リスクの方では同様に100倍程度大腸がんの罹患リスクが高いとされています。また、結果の判定が低・中リスクと高リスクの方でそれぞれご案内・解説が掲載されます。約4週間後、受診した医療機関より、結果報告書が提供され、結果に対する評価コメントや検査に関する情報と予防するためのヒントやアドバイスなどが掲載されています。結果によっては、必要に応じて精密検査の実施などをご検討いただきます。

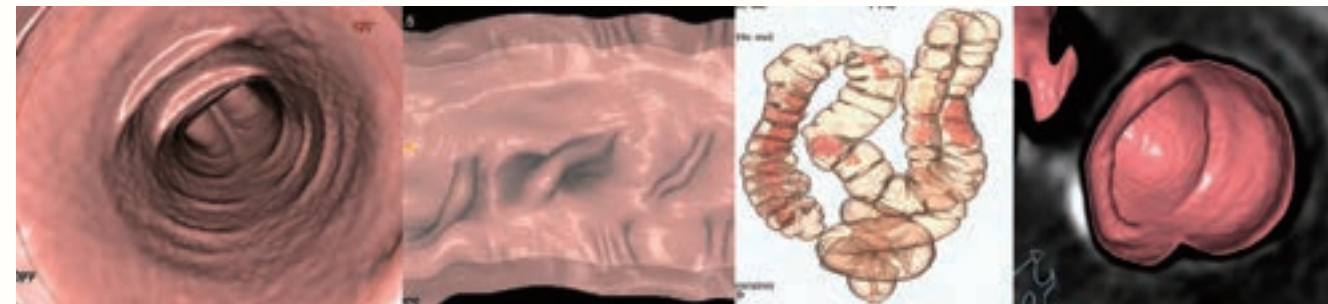
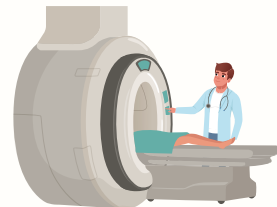


大腸CT検査

腸内に炭酸ガスを注入し、腸管を膨らませた状態でCTスキャンを行う検査です。がんに行進しや、一定程度の大きさの大腸ポリープの検出において、診断精度は大腸内視鏡検査と同等であり、内視鏡検査と比べて食事制限や飲用する下剤の負担が少ないなど前処置も簡便であり、腸管内に注入するのはガスのため低リスクであるのが特徴となっています。また、検査時間は15分程度、終了後はすぐにご帰宅いただけます。

撮影した画像から大腸内視鏡検査のような腸管内の画像が作成できるのはもちろん、さらに3D画像処理によって様々な方向からの画像が得られるため、大腸内視鏡ではカメラの死角となりやすい腸のヒダの裏側などを観察できるという長所もあります。

また、撮影は大腸だけでなく腹部全体が範囲となるため、肝臓、胆のう、膵臓、腎臓などの観察も可能となります。



当クリニックにおける大腸CT検査の取り組みについて、 伏見製薬(株)ウェブサイト「伏見健康アカデミー」内 「施設インタビュー」にてご紹介いただきました。



食という新たな選択を提案することは、検査を受けるきっかけの一つになると考えています。便潜血検査の結果を報告するために、大腸内視鏡検査や大腸CT検査を積極的にを行い、検診検査までを一貫してフォローできるような体制を整えていくことが、最終的な受診者の利益につながると思います。

検査・手術：検査病院では、大腸CT検査の対象は、内視鏡が入らない場合や、内視鏡が苦手な方に限定される場合があります。検診施設では、非常に多くの受診者が便潜血検査を行っているため、その検診者、つまり検診検査の対象者も多くあります。大腸内視鏡検査は検査の性質上、一日の検査数に制限がありますが、大腸CT検査を導入することで、よりがんの可能性の高い受診者を大腸内視鏡検査にご案内することが可能となります。

精度と受診性を兼ね備えたいうえで、多くの受診者様にすぐにアプローチできる検診施設こそ、大腸CT検査のポジションを確立し得ると考えています。

—お忙しい中、大変貴重なお話をしていただきまして、改めて感謝申し上げます。ありがとうございました。



News & Topics

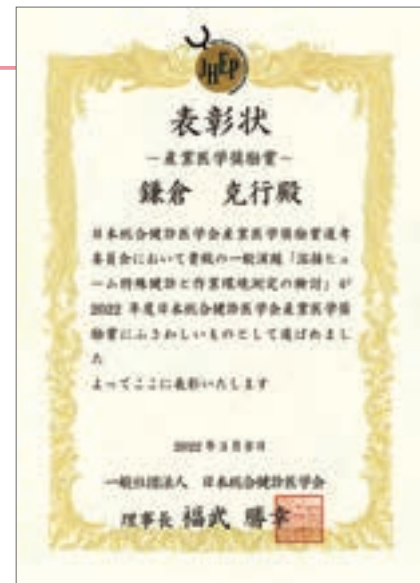
■ 胸部検診車「みどり18号」納車

今回、胸部検診車の老朽化に伴い、新しく「みどり18号」を購入し6月末に納車となりました。納車後から、各健診会場で稼働しております。



■ 2022年度 日本総合健診医学会 産業医学奨励賞を受賞しました

第50回日本総合健診医学会仙台大会において弊会から一般演題「溶接ヒューム特殊健診と作業環境測定の検討」を学会発表した、精度品質マネジメント室長兼巡回健診専任部長の鎌倉克行が産業医学奨励賞を受賞いたしました。受賞者には受賞を契機に、さらなる活躍を期待しております。



■ 人間ドック健診施設 機能評価

一番町健診クリニックで、人間ドック健診施設機能評価に認定されました。これからも、質の高い健康診断をご提供できるよう、精進いたしますのでどうぞよろしくお願い致します。

■ 労働衛生サービス機能評価認定

労働衛生サービス機能評価委員会より「労働衛生サービス機能評価」の認定を受けました。評価対象区分は「健康診断」「ストレス対策支援」「作業環境測定」です。



■ 令和4年度 全衛連功績賞及び奨励賞を受賞しました

公益社団法人全国労働衛生団体連合会（全衛連）功績賞及び奨励賞の表彰がありました。

弊会からは小柏雅光が「労働衛生業務に20年以上従事し、その業績が特に顕著であった」として功績賞を受賞、また、川井美鈴、大槻美鈴が「労働衛生業務に10年以上専念し今後の活躍を期待し得る」として奨励賞を受賞しました。受賞者には受賞を契機に、さらなる活躍を期待しております。





《材料の有効成分とその働き》

鶏肉

たんぱく質、脂質の栄養を多く取ることができ、肉類の中でもビタミンKが多く含まれる食品です。

ビタミンKは、肝臓で血液の凝固に必要なプロトロンビンが生成されるときに、補酵素として働きます。そのためビタミンKが欠乏すると血液凝固に時間がかかり、血が止まりにくくなります。また、骨づくりにも不可欠で、骨に存在するたんぱく質を活性化しカルシウムを骨に沈着させて骨の形成を促す作用があります。



材料

鶏もも肉	1枚	サラダ油	適量
塩・胡椒	お好み	★酢	大さじ2
片栗粉	適量	★醤油	大さじ2
茄子	2本	★砂糖	小さじ2
しめじ	1/2パック	★みりん	小さじ2
ネギ	適量	★酒	大さじ1

作り方

- ★の調味料を混ぜ合わせておく。
- 茄子は一口大の乱切りにし5分ほど水にさらし、水気を切る。しめじは、石づきを取り、小房に分ける。
- 鶏もも肉は一口大の大きさに切り、塩・胡椒で下味をつけ片栗粉を薄くまぶす。
- フライパンにサラダ油を熱し、茄子、しめじを順に炒める。しんなりしてきたら一旦取り出す。
- フライパンにサラダ油を足し、鶏肉を焼く。
- 鶏肉に火が通ったら、余分な脂をキッチンペーパーでふき取る。弱火にし、茄子、しめじを戻し入れる。1の合わせ調味料を回し入れ、とろみがつくまで炒める。
- 器に盛り、お好みで、小口切りにしたネギをのせる。

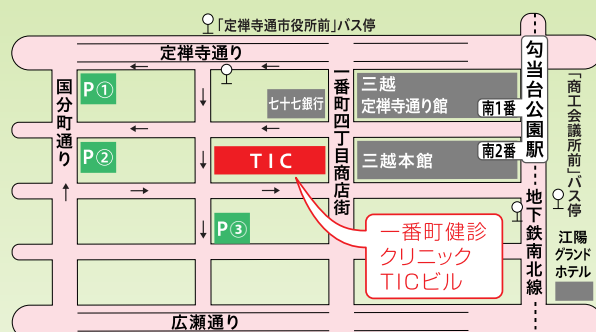
受付から健診終了まで完全男女独立フロア。
女性、男性ともにゆったりとくつろげる空間と最新の検査機器による
人間ドック・健康診断をご提供いたします。



一番町健診クリニック

ICHIBANCHO MEDICAL CHECKUP CLINIC

〒980-0811 仙台市青葉区一番町四丁目9-18 TICビル4F・5F



地下鉄 「勾当台公園」駅より徒歩1分
バス 「商工会議所前」バス停より徒歩3分
「定禅寺通市役所前」バス停より徒歩3分
タクシー JR仙台駅より10分

【無料指定駐車場】 契約駐車場《午前受付の方》朝7時から入庫可能 最大8時間まで駐車無料
《午後受付の方》最大3時間まで駐車無料

- JPパーキング** (定禅寺通り) 仙台市青葉区国分町 2-15-10 TEL022-268-9381
制限：高 2.00m 幅 1.85m 長 5.00m 重量 2.00t まで
※軽トラックはご利用になれません。
- 千松島パーキング** (国分町通り) 仙台市青葉区国分町 2-11-11 TEL022-222-4406
制限：高 2.40m 幅 2.10m 長 5.20m 重量 2.50t まで
※ハイルーフ・ワンボックス・RV車・軽トラック・大型車はこちらにお停めください。
- 144ニュー白津パーキング** 仙台市青葉区一番町 4-4-17 TEL022-398-4918
制限：高 1.55m 幅 1.85m 長 5.05m 重量 1.60t まで
※軽トラックはご利用になれません。

一番町健診クリニック受付にて駐車券に捺印を致しますので、駐車券をご提示ください。
上記以外の駐車場をご利用された場合には、駐車券への捺印はできませんので、ご了承ください。

健康診断・MRI検査・CT検査のご予約、お問い合わせは ☎022-217-6678 (音声ガイダンスのあと「1」をプッシュしてください。) お気軽にご連絡ください。

人間ドック専用ダイヤル ☎022-797-3811 (電話受付時間については、弊会HPをご覧ください。) URL <https://www.sendaikenshin.jp>

一般財団法人 杜の都産業保健会 機関誌編集委員会

発行：令和5年3月

〒983-0031 仙台市宮城野区小鶴一丁目21番8号 TEL：022-251-7261 FAX：022-251-7291

ホームページ：<https://morisanho.or.jp>



この印刷物は、環境にやさしい「水なしLED-UV印刷」で印刷しています。

