

診療情報提供書(検査依頼票)

3.0テスラ 1.5テスラ

マルチスライス

MRI、CT、骨密度(デキサ)

当日検査もご相談下さい。患者様の視点に立ったサービスをご提供いたします。
各種健康保険可・土日祝日夜間診療。

診療情報提供書はお電話いただければすぐにお届けします。

03-5778-2905

ご予約受付時間

月～土 8:30～20:00

日・祝 8:30～17:00

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

www.medicalscanning.net

診療情報提供書

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャンニング

メディカルスキャンニング用(検査依頼票) **【全エリア】**

年 月 日

氏名
生年月日 年 月 日 性別
日中連絡のとれる電話番号 住所
- -

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号 - -
診療科名 担当医師名

印

紹介先医療機関名：メディカルスキャンニング

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904 TEL 03-5468-0055	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281 TEL 03-5774-7070	<input type="checkbox"/> 自由が丘 TEL 03-5726-6772 FAX 03-5726-6774 TEL 03-5726-4369	<input type="checkbox"/> 用賀 TEL 03-5766-6805 FAX 03-5717-9806 TEL 03-5797-0156	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222	<input type="checkbox"/> 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056
<input type="checkbox"/> 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633 TEL 048-650-2388	<input type="checkbox"/> 北浦和 TEL 048-814-0177 FAX 048-815-1711 TEL 048-815-1717	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056
<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<input type="checkbox"/> 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	<input type="checkbox"/> 千葉 TEL 043-254-5670 FAX 043-254-5673 TEL 043-256-6200	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181 TEL 042-314-7000
<input type="checkbox"/> 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337 TEL 03-5318-0237	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378 TEL 042-380-1377	<input type="checkbox"/> 立川 TEL 042-548-1225 FAX 042-548-1226 TEL 042-540-3633	<input type="checkbox"/> 経堂 TEL 03-5766-6571 FAX 03-5426-3602 TEL 03-5451-3030	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 TEL 044-829-4870 FAX 044-953-0025 TEL 044-953-6667	<input type="checkbox"/> 町田 TEL 042-732-6720 FAX 042-732-6721 TEL 042-709-0788
<input type="checkbox"/> 長津田 TEL 045-982-1444 FAX 045-982-1443 TEL 045-982-1445	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック TEL 045-328-3866 FAX 045-328-3867 TEL 045-290-5556	<input type="checkbox"/> 大船 TEL 0467-42-8200 FAX 0467-42-8230 TEL 0467-42-8210	<input type="checkbox"/> 藤沢 TEL 0466-26-3366 FAX 0466-26-3367 TEL 0466-26-3344	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック TEL 045-910-2340 FAX 045-910-2342 TEL 045-910-5311	<input type="checkbox"/> センター南クリニック TEL 045-948-3268 FAX 045-948-3269 TEL 045-949-0156
<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック TEL 044-431-5525 FAX 044-431-5526 TEL 044-430-5234	<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック TEL 044-829-0081 FAX 044-829-0083 TEL 044-829-5678				

ご担当医 科 先生

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

 患者から直接予約連絡する場合は、下記をご記入ください。

検査部位 (患者用確認票に複写されます)

貴院次回診察日

月 日 午前 午後 時 分 より

月 日 午前 午後

検査区分

 MRI CT 東京・日暮里のみ 骨密度(デキサ)造影 無 有 一任

●アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT])、ぜん息、妊娠、クレアチニン(Cr)値 2.0以上の方は不可 ●透析治療中の方はMR不可、CT 要電話連絡

依頼内容

- 頭部 顔面 顎関節 下垂体
 副鼻腔 聴器
- 頸部
- 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎
- 肺 縦隔 心 乳腺
- 腹部 前立腺 子宮卵巣 骨盤
- 肩(左・右) 手(左・右)
 手関節(左・右) 肘(左・右)
- 膝(左・右) 股 足関節(左・右)
- その他

傷病名・紹介目的

EOB、マンモMR
については傷病
名・紹介目的欄に
ご記入ください

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考

■ 下記事項のチェックをお願いいたします。

MRI	●体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属) 具体的に[]	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●刺青・アートメイク ●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある)	有・無	有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。
	●カラーコンタクト	有・無	有の場合、つけたままでの検査はできませんので、ケースをご持参ください。
	●入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	有の場合、安定性が低下する危険性あり。お電話ください。
	●薬剤アレルギーの既往	有・無	有の場合、造影できないことがあります。
	●ぜん息	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。
CT	●腎機能障害(有・無) クレアチニン(Cr)値()	有・無	Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は要電話連絡。
	●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。
	●ぜん息	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。

CT	●腎機能障害(有・無) クレアチニン(Cr)値()	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。透析中の方は要電話連絡。
	●妊娠もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。
	●ぜん息	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。

フィルム要 (デキサはフィルムなし)
フィルム、CDRいずれも不要 CDR要 < 簡易 viewer 付
 簡易 viewer 無

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

SMA03
①メディカルスキャンニング用

診療情報提供書

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

メディカルスキャニング用(検査依頼票) **【全エリア】**

年 月 日

氏名
生年月日 年 月 日 性別
日中連絡のとれる電話番号 住所
- -

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号 - -

診療科名 ご担当医師名

印

紹介先医療機関名：メディカルスキャニング

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904 TEL 03-5468-0055	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281 TEL 03-5774-7070	<input type="checkbox"/> 自由が丘 TEL 03-5726-6772 FAX 03-5726-6774 TEL 03-5726-4369	<input type="checkbox"/> 用賀 TEL 03-5766-6805 FAX 03-5717-9806 TEL 03-5797-0156	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222	<input type="checkbox"/> 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056
<input type="checkbox"/> 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633 TEL 048-650-2388	<input type="checkbox"/> 北浦和 TEL 048-814-0177 FAX 048-815-1711 TEL 048-815-1717	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056
<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<input type="checkbox"/> 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	<input type="checkbox"/> 千葉 TEL 043-254-5670 FAX 043-254-5673 TEL 043-256-6200	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181 TEL 042-314-7000
<input type="checkbox"/> 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337 TEL 03-5318-0237	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378 TEL 042-380-1377	<input type="checkbox"/> 立川 TEL 042-548-1225 FAX 042-548-1226 TEL 042-540-3633	<input type="checkbox"/> 経堂 TEL 03-5766-6571 FAX 03-5426-3602 TEL 03-5451-3030	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 TEL 044-829-4870 FAX 044-953-0025 TEL 044-953-6667	<input type="checkbox"/> 町田 TEL 042-732-6720 FAX 042-732-6721 TEL 042-709-0788
<input type="checkbox"/> 長津田 TEL 045-982-1444 FAX 045-982-1443 TEL 045-982-1445	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック TEL 045-328-3866 FAX 045-328-3867 TEL 045-290-5556	<input type="checkbox"/> 大船 TEL 0467-42-8200 FAX 0467-42-8230 TEL 0467-42-8210	<input type="checkbox"/> 藤沢 TEL 0466-26-3366 FAX 0466-26-3367 TEL 0466-26-3344	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック TEL 045-910-2340 FAX 045-910-2342 TEL 045-910-5311	<input type="checkbox"/> センター南クリニック TEL 045-948-3268 FAX 045-948-3269 TEL 045-949-0156
<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック TEL 044-431-5525 FAX 044-431-5526 TEL 044-430-5234	<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック TEL 044-829-0081 FAX 044-829-0083 TEL 044-829-5678				

ご担当医 科 先生

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

 患者から直接予約連絡する場合は、下記をご記入ください。

検査部位 (患者用確認票に複写されます)

貴院次回診察日

月 日 午前 午後 時 分 より

月 日 午前 午後

検査区分

 MRI CT 東京・日暮里のみ 骨密度(デキサ)造影 無 有 一任

●アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT])、ぜん息、妊娠、クレアチニン(Cr)値 2.0以上の方は不可 ●透析治療中の方はMR不可、CT 要電話連絡

依頼内容

- 頭部 顔面 顎関節 下垂体
 副鼻腔 聴器
- 頸部
- 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎
- 肺 縦隔 心 乳腺
- 腹部 前立腺 子宮卵巣 骨盤
- 肩(左・右) 手(左・右)
 手関節(左・右) 肘(左・右)
- 膝(左・右) 股 足関節(左・右)
- その他

傷病名・紹介目的

EOB、マンモMR
については傷病
名・紹介目的欄に
ご記入ください

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考

■ 下記事項のチェックをお願いいたします。

MRI	●体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属) 具体的に[]	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●刺青・アートメイク ●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある)	有・無	有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。
	●カラーコンタクト	有・無	有の場合、つけたままでの検査はできませんので、ケースをご持参ください。
	●入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	有の場合、安定性が低下する危険性あり。お電話ください。
	●薬剤アレルギーの既往	有・無	有の場合、造影できないことがあります。
	●ぜん息	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。
CT	●腎機能障害(有・無) クレアチニン(Cr)値()	有・無	Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は要電話連絡。
	●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。
	●ぜん息	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。

CT	●腎機能障害(有・無) クレアチニン(Cr)値()	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。透析中の方は要電話連絡。
	●妊娠もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。
	●ぜん息	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。

フィルム要 (デキサはフィルムなし)
フィルム、CDRいずれも不要 CDR要 < 簡易 viewer 付
 簡易 viewer 無

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

SMA03
② 貴院控え

診療情報提供書

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

メディカルスキャニング用(検査依頼票) **【全エリア】**

年 月 日

氏名
生年月日 年 月 日 性別
日中連絡のとれる電話番号 住所
- -

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号 - -

診療科名

ご担当医師名

印

紹介先医療機関名：メディカルスキャニング

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904 TEL 03-5468-0055	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281 TEL 03-5774-7070	<input type="checkbox"/> 自由が丘 TEL 03-5726-6772 FAX 03-5726-6774 TEL 03-5726-4369	<input type="checkbox"/> 用賀 TEL 03-5766-6805 FAX 03-5717-9806 TEL 03-5797-0156	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222	<input type="checkbox"/> 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056
<input type="checkbox"/> 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633 TEL 048-650-2388	<input type="checkbox"/> 北浦和 TEL 048-814-0177 FAX 048-815-1711 TEL 048-815-1717	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056
<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<input type="checkbox"/> 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	<input type="checkbox"/> 千葉 TEL 043-254-5670 FAX 043-254-5673 TEL 043-256-6200	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181 TEL 042-314-7000
<input type="checkbox"/> 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337 TEL 03-5318-0237	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378 TEL 042-380-1377	<input type="checkbox"/> 立川 TEL 042-548-1225 FAX 042-548-1226 TEL 042-540-3633	<input type="checkbox"/> 経堂 TEL 03-5766-6571 FAX 03-5426-3602 TEL 03-5451-3030	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 TEL 044-829-4870 FAX 044-953-0025 TEL 044-953-6667	<input type="checkbox"/> 町田 TEL 042-732-6720 FAX 042-732-6721 TEL 042-709-0788
<input type="checkbox"/> 長津田 TEL 045-982-1444 FAX 045-982-1443 TEL 045-982-1445	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック TEL 045-328-3866 FAX 045-328-3867 TEL 045-290-5556	<input type="checkbox"/> 大船 TEL 0467-42-8200 FAX 0467-42-8230 TEL 0467-42-8210	<input type="checkbox"/> 藤沢 TEL 0466-26-3366 FAX 0466-26-3367 TEL 0466-26-3344	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック TEL 045-910-2340 FAX 045-910-2342 TEL 045-910-5311	<input type="checkbox"/> センター南クリニック TEL 045-948-3268 FAX 045-948-3269 TEL 045-949-0156
<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック TEL 044-431-5525 FAX 044-431-5526 TEL 044-430-5234	<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック TEL 044-829-0081 FAX 044-829-0083 TEL 044-829-5678	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご担当医

科

先生

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

 患者から直接予約連絡する場合は、下記をご記入ください。

検査部位 (患者用確認票に複写されます)

貴院次回診察日

月 日 午前 午後 時 分 より

月 日

検査区分

 MRI CT 骨密度(デキサ)

東京・日暮里のみ

造影

 無 有 一任

●アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT])、ぜん息、妊娠、クレアチニン(Cr)値2.0以上の方は不可 ●透析治療中の方はMR不可、CT要電話連絡

依頼内容

 頭部 顔面 顎関節 下垂体 副鼻腔 聴器 頸部 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎 肺 縦隔 心 乳腺 腹部 前立腺 子宮卵巣 骨盤 肩(左・右) 手(左・右) 手関節(左・右) 肘(左・右) 膝(左・右) 股 足関節(左・右) その他

持参するもの

- ・保険証
- ・検査依頼票

- 当日は、所要時間はおおよそ1時間を目安にしてください。
(診療の都合で多少お待たせする場合がございます。)

ご注意

おなか(腹部)の検査を受ける方

食事制限**6時間**(検査前)

造影検査を受ける方・一任の方

食事制限**4時間**(検査前)その他の方は
飲食の制限は
ありません

*水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものはとらないでください。

各クリニックの地図は、こちらのQRコードからご確認ください。

各クリニックの地図は、ご希望によりFAXいたします。TEL:03-5778-2905
いずれも駅から徒歩0分～5分*の場所にごじます。*恵比寿は徒歩7分。

<p>渋谷</p> <p>JR渋谷駅 「新南口」</p> <p>渋谷区渋谷3-29-17 JR東日本ホテルメッツ渋谷2F</p> 	<p>恵比寿</p> <p>JR恵比寿駅「西口(東側)」 (日比谷線)恵比寿駅「2番出口」</p> <p>渋谷区東2-16-9 SANKYO第Ⅲビル1F</p> 	<p>自由が丘</p> <p>(東急東横線・東急大井町線) 自由が丘駅「正面口」</p> <p>目黒区自由が丘 2-9-10 ラ・コルドビル1F</p> 	<p>用賀</p> <p>(東急田園都市線) 用賀駅「南口」</p> <p>世田谷区玉川台2-22-20 IIDA ANNEX VII 1F</p> 	<p>溜池山王</p> <p>(銀座線・南北線) 溜池山王駅「10番出口」</p> <p>港区赤坂2-5-7 渡辺商事赤坂ビル1F</p> 
<p>東京</p> <p>JR東京駅「八重洲北口」 (銀座線・東西線)日本橋駅「B3出口」</p> <p>中央区日本橋3-1-17 日本橋ヒロセビル2F</p> 	<p>銀座</p> <p>(銀座線・日比谷線・丸ノ内線) 銀座駅「B6出口」</p> <p>中央区銀座5-4-6 ロイヤルクリスタル銀座2F</p> 	<p>浜松町</p> <p>JR浜松町駅「北口」 (浅草線・大江戸線)大門駅「B1出口」</p> <p>港区浜松町1-24-8 オリックス浜松町ビルB1F</p> 	<p>大宮</p> <p>(JR・東武野田線・ニューシャトル) 大宮駅「東口(中央・南)」</p> <p>さいたま市大宮区大門町1-61-3 大宮大門一丁目第2別館</p> 	<p>北浦和</p> <p>JR北浦和駅 「東口」</p> <p>さいたま市浦和区北浦和1-3-16 サンコロモール1F</p> 
<p>池袋</p> <p>JR池袋駅 「メトロポリタン口」</p> <p>豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F</p> 	<p>富士見台</p> <p>(西武池袋線) 富士見台駅「南口」 中村橋駅「南口」</p> <p>練馬区中村北4-24-10 原島ビル1F</p> 	<p>日暮里</p> <p>(JR・京成線・舎人ライナー) 日暮里駅-北改札-「東口」</p> <p>荒川区西日暮里2-20-1 サンマークシティ日暮里 ステーションポートタワー5F</p> 	<p>柏</p> <p>(JR・東武野田線) 柏駅-中央口-「東口」</p> <p>千葉県柏市柏2-8-13 サンサンビル1F</p> 	<p>千葉</p> <p>JR千葉駅-西改札-「北口」 (千葉都市モノレール・京成電鉄)千葉駅</p> <p>千葉市中央区弁天1-5-1 オーパスビルディング 地下1F</p> 
<p>お茶の水</p> <p>JR御茶ノ水駅「聖橋口」 (千代田線)新御茶ノ水駅「B1出口」</p> <p>千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F</p> 	<p>新宿</p> <p>(丸の内線) 西新宿駅「2番出口」</p> <p>新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル1F</p> 	<p>府中</p> <p>(京王線) 府中駅「北口」</p> <p>府中市府中町2-13-2 エスポワール1F</p> 	<p>中野</p> <p>(JR・東西線) 中野駅「北口」</p> <p>中野区中野5-68-2 中野中央ビル3F</p> 	<p>武蔵小金井</p> <p>JR武蔵小金井駅 「中央改札 南口」</p> <p>小金井市中町4-15-14 GH01小金井(Wild Cherry Blossom) 1F</p> 
<p>立川</p> <p>JR立川駅「南口」 (多摩都市モノレール)立川南駅</p> <p>立川市柴崎町3-7-16 立川フシントンホテル1F</p> 	<p>経堂</p> <p>(小田急小田原線) 経堂駅「北口」</p> <p>世田谷区経堂2-4-17 ローラスビル1F</p> 	<p>新百合ヶ丘</p> <p>(小田急小田原線・多摩線) 新百合ヶ丘駅「南口」</p> <p>川崎市麻生区上麻生1-7-1 シティキューブ3F</p> 	<p>町田</p> <p>(小田急小田原線)町田駅「東口」 (JR横浜線)町田駅「北口」</p> <p>町田市原町田6-15-8 高峰地所ビル1F</p> 	<p>長津田</p> <p>(JR・東急田園都市線・こどもの国線) 長津田駅「南口」</p> <p>横浜市緑区長津田5-4-42 クロッカ1F</p> 

各クリニックの地図は、こちらのQRコードからご確認ください。

各クリニックの地図は、ご希望によりFAXいたします。TEL:03-5778-2905
いずれも駅から徒歩0分~5分*の場所にごじます。*恵比寿は徒歩7分。

横浜

JR横浜駅
「西口」

横浜市神奈川区鶴屋町3-32-13
第2安田ビル1F



大船

JR大船駅「南改札 東口」
(湘南モノレール)大船駅

鎌倉市大船1-3-9
MS大船ビル1F



藤沢

JR藤沢駅
「北口」

藤沢市藤沢530-10
F.S.Cビル1F



たまプラーザ

(東急田園都市線)
たまプラーザ駅-中央改札-「南口」

横浜市青葉区新石川2-1-15
たまプラーザテラス リンクプラザ3F



センター南

(横浜市営地下鉄ブルーライン・グリーンライン)
センター南駅「出口1」

横浜市都筑区茅ヶ崎中央7-19
センター南ビジネスビル2F



武蔵小杉

(東急東横線)新丸子駅「東口」
JR武蔵小杉駅「北口」

川崎市中原区新丸子東1-830-3
KAHALA EAST1 1F



第二溝の口

JR武蔵溝ノ口駅「北口」
(東急田園都市線)溝の口駅「東口」

川崎市高津区溝口
1-5-2 1F



●印はメディカルスキャンニング 所在地

各クリニックの地図は、
ご希望により FAXいたします。

TEL:03-5778-2905

www.medicalscanning.net


