

# 診療情報提供書 歯科用

メディカルスキャン用(検査依頼票) 北エリア

オンライン予約はこちらから▼

www.medicalscanning.net

氏名

生年月日 年 月 日 性別 男・女

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 年 月 日

電話番号 - -

診療科名

歯科  口腔外科  ( ) 科

ご担当医師名



## 紹介先医療機関名：メディカルスキャン

<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"/> 目黒 TEL 03-5449-7111 FAX 03-5449-7778 TEL 03-5449-7112	<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"/> 川口 TEL 048-241-1177 FAX 048-241-1175 TEL 048-241-1171	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 巣鴨 TEL 03-5961-0227 FAX 03-5961-0667 TEL 03-5961-0228
<input type="checkbox"/> 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	<input type="checkbox"/> 練馬高野台 TEL 03-5923-0056 FAX 03-5923-0125 TEL 03-5923-0057	<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<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"/> 高円寺 TEL 03-5356-2577 FAX 03-5356-2366 TEL 03-5356-3588	<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		

記載のないクリニックでもご使用いただけます。(4枚目裏面をご参照ください。) | ご予約・お問い合わせ先 TEL 03-5778-2905

## 予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月 日 午前 午後 時 分 より

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。

貴院次回診察日 月 日 | 未定

\*血液検査「なし」の場合は4日前、「あり」の場合は7日前までにご予約ください。

▼インプラントCT撮影以外の検査はこちらに記入してください。

検査区分  インプラントCT撮影(自由診療)

検査区分  MRI  CT (インプラント以外)  東京・日暮里のみ骨密度(デキサ)

解析部位  全歯解析  部分解析 両顎・上顎・下顎 部位( )

血液検査(別料金)  Basic(13種類)  Standard(46種類)  なし  追加( )

\*詳しい内容についてはお問い合わせください。  
\*血液検査の結果は、お届けするまでに7日前後かかります。

読影(別料金)  希望する(料金¥11,000 税込)

\*希望される場合は次回診察日を必ずご記入ください。  
\*詳しい内容についてはお問い合わせください。  
\*画像診断書は、7日以内にお届けいたします。  
\*メディカルスキャンで撮影した画像を読影いたします。  
\*他社で解析済みの画像の読影は出来ません。

解析部位  
上顎(右) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 (左)  
下顎 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

その他撮影及び画像処理に関するご指示

### ▼下記事項のチェックをお願いいたします。

フィルム 有(  ①+②+③(全フィルム)  ②+③  ③のみ) ・ 無  
※①CT原画像(片顎2枚/両顎4枚)  
②パノラマ画像(片顎1枚/両顎2枚)  
③頬一舌矢状断面図

CD-ROM 有(DICOM・Viewer付き) ・ 無 ※別途料金がかかります。

支払い方法 患者が窓口にて支払い 貴院に請求 (別途ご契約が必要となります)

ステントの有無 有 ・ 無

妊娠の可能性 有(検査不可) ・ 無

\*金属を使った治療歯、既存のインプラントがある場合、アーチファクト、歪みの原因になりますので、ご了承ください。

▼検査後、画像処理会社へ解析を依頼される場合は、以下の項目にお答えください。

画像送付先 画像処理会社 貴院へ

## 造影 造影検査の場合は医療機関から直接お電話でご相談・ご予約ください。

撮影部位	傷病名・紹介目的
<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部・顔面・顎関節)	既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過
<input type="checkbox"/> 頸部(耳鼻)	
<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔・心)	
<input type="checkbox"/> その他(左・右)	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。(アミかけ部分は造影時のみ)

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	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。
	●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為)	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。
	●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があります。お電話ください。
	●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。
	●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。
	●腎機能 クレアチニン(Cr)値( ) ※わかる場合にはご記入ください。	有・無	Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は不可。
CT	●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(重篤な)腎機能障害	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。
	●腎機能 クレアチニン(Cr)値( ) ※わかる場合にはご記入ください。	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。
フィルム	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	デキサはフィルムなし
CDR	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	簡易 viewer 付 簡易 viewer 無

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

# 診療情報提供書 歯科用

メディカルスキャン用(検査依頼票) 北エリア

オンライン予約はこちらから▼

www.medicalscanning.net

氏名

生年月日 年 月 日 性別 男・女

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 年 月 日

電話番号 - -

診療科名

歯科  口腔外科  ( ) 科

ご担当医師名



## 紹介先医療機関名：メディカルスキャン

<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"/> 目黒 TEL 03-5449-7111 FAX 03-5449-7778 TEL 03-5449-7112	<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"/> 川口 TEL 048-241-1177 FAX 048-241-1175 TEL 048-241-1171	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 巣鴨 TEL 03-5961-0227 FAX 03-5961-0667 TEL 03-5961-0228
<input type="checkbox"/> 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	<input type="checkbox"/> 練馬高野台 TEL 03-5923-0056 FAX 03-5923-0125 TEL 03-5923-0057	<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<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"/> 高円寺 TEL 03-5356-2577 FAX 03-5356-2366 TEL 03-5356-3588	<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		

記載のないクリニックでもご使用いただけます。(4枚目裏面をご参照ください。) | ご予約・お問い合わせ先 TEL 03-5778-2905

## 予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月 日 午前 午後 時 分より

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。

貴院次回診察日 月 日 | 未定

※血液検査「なし」の場合は4日前、「あり」の場合は7日前までにご予約ください。

## ▼インプラントCT撮影以外の検査はこちらに記入してください。

検査区分  インプラントCT撮影(自由診療)

検査区分  MRI  CT (インプラント以外)  東京・日暮里のみ骨密度(デキサ)

解析部位  全歯解析  部分解析  
両顎・上顎・下顎 部位( )

血液検査(別料金)  Basic(13種類)  Standard(46種類)  なし  
 追加( )

※詳しい内容についてはお問い合わせください。  
※血液検査の結果は、お届けするまでに7日前後かかります。

読影(別料金)  希望する(料金¥11,000 税込)  
※希望される場合は次回診察日を必ずご記入ください。  
※詳しい内容についてはお問い合わせください。  
※画像診断書は、7日以内にお届けいたします。  
※メディカルスキャンで撮影した画像を読影いたします。  
※他社で解析済みの画像の読影は出来ません。

解析部位  
上顎(右) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 (左)  
下顎 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

## その他撮影及び画像処理に関するご指示

## ▼下記事項のチェックをお願いいたします。

フィルム 有(  ①+②+③(全フィルム)  ②+③  ③のみ)・無

※①CT原画像(片顎2枚/両顎4枚)  
②パノラマ画像(片顎1枚/両顎2枚)  
③頬一舌矢状断面図

CD-ROM 有(DICOM・Viewer付き)・無 ※別途料金がかかります。

支払い方法 患者が窓口にて支払い 貴院に請求 (別途ご契約が必要となります)

ステントの有無 有・無

妊娠の可能性 有(検査不可)・無

※金属を使った治療歯、既存のインプラントがある場合、アーチファクト、歪みの原因になりますので、ご了承ください。

▼検査後、画像処理会社へ解析を依頼される場合は、以下の項目にお答えください。

画像送付先 画像処理会社 貴院へ

## 造影 造影検査の場合は医療機関から直接お電話でご相談・ご予約ください。

撮影部位	傷病名・紹介目的
<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部・顔面・顎関節)	既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過
<input type="checkbox"/> 頸部(耳鼻)	
<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔・心)	
<input type="checkbox"/> その他(左・右)	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。(アミかけ部分は造影時のみ)

●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	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。
●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある)	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。
●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があります。お電話ください。
●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。
●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。
●腎機能 クレアチニン(Cr)値( ) ※わかる場合にはご記入ください。	有・無	Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は不可。
●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(重篤な)腎機能障害	有・無	有の場合、原則、造影禁忌。
●腎機能 クレアチニン(Cr)値( ) ※わかる場合にはご記入ください。	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。

フィルム  要  不要 デキサはフィルムなし  
CDR  要  簡易 viewer 付  不要  
 簡易 viewer 無

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

# 診療情報提供書 歯科用

メディカルスキャンニング用(検査依頼票) 北エリア

オンライン予約はこちらから▼

www.medicalscanning.net

氏名

生年月日 年 月 日 性別 男・女

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 年 月 日

電話番号 - -

診療科名

歯科  口腔外科  ( ) 科

ご担当医師名



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 ☎03-5778-2908 ☎03-5778-2904 ☎03-5468-0055	<input type="checkbox"/> 恵比寿 ☎03-5766-6337 ☎03-5766-2281 ☎03-5774-7070	<input type="checkbox"/> 目黒 ☎03-5449-7111 ☎03-5449-7778 ☎03-5449-7112	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック ☎03-5778-2650 ☎03-3568-3213 ☎03-5545-7222	<input type="checkbox"/> 東京 ☎03-3243-1230 ☎03-3243-1228 ☎03-3510-0056	<input type="checkbox"/> 銀座 ☎03-5766-5850 ☎03-6274-0062 ☎03-3575-5607
<input type="checkbox"/> 浜松町 ☎03-5766-6810 ☎03-6402-5380 ☎03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 大宮 ☎048-658-6632 ☎048-658-6633 ☎048-650-2388	<input type="checkbox"/> 北浦和 ☎048-814-0177 ☎048-815-1711 ☎048-815-1717	<input type="checkbox"/> 川口 ☎048-241-1177 ☎048-241-1175 ☎048-241-1171	<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771 ☎03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 巣鴨 ☎03-5961-0227 ☎03-5961-0667 ☎03-5961-0228
<input type="checkbox"/> 富士見台 ☎03-5766-6333 ☎03-5971-5573 ☎03-5987-0056	<input type="checkbox"/> 練馬高野台 ☎03-5923-0056 ☎03-5923-0125 ☎03-5923-0057	<input type="checkbox"/> 日暮里 ☎03-5778-2890 ☎03-5850-5641 ☎03-5615-1577	<input type="checkbox"/> お茶の水 ☎03-5778-2907 ☎03-5283-6410 ☎03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 ☎03-5778-2906 ☎03-5339-8738 ☎03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 府中 ☎042-330-7188 ☎042-330-7181 ☎042-314-7000
<input type="checkbox"/> 中野 ☎03-5766-5886 ☎03-5345-8337 ☎03-5318-0237	<input type="checkbox"/> 高円寺 ☎03-5356-2577 ☎03-5356-2366 ☎03-5356-3588	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 ☎042-380-1366 ☎042-380-1378 ☎042-380-1377	<input type="checkbox"/> 立川 ☎042-548-1225 ☎042-548-1226 ☎042-540-3633		

記載のないクリニックでもご使用いただけます。(4枚目裏面をご参照ください。) | ご予約・お問い合わせ先 ☎03-5778-2905

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月 日 午前 午後 時 分より

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。

貴院次回診察日 月 日 | 未定

※血液検査「なし」の場合は4日前、「あり」の場合は7日前までにご予約ください。

▼インプラントCT撮影以外の検査はこちらに記入してください。

検査区分  インプラントCT撮影(自由診療)

検査区分  MRI  CT (インプラント以外)  東京・日暮里のみ骨密度(デキサ)

解析部位  全歯解析  部分解析 両顎・上顎・下顎 部位( )

血液検査(別料金)  Basic(13種類)  Standard(46種類)  なし  追加( )

※詳しい内容についてはお問い合わせください。  
※血液検査の結果は、お届けするまでに7日前後かかります。

読影(別料金)  希望する(料金¥11,000 税込)  
※希望される場合は次回診察日を必ずご記入ください。  
※詳しい内容についてはお問い合わせください。  
※画像診断書は、7日以内にお届けいたします。  
※メディカルスキャンニングで撮影した画像を読影いたします。  
※他社で解析済みの画像の読影は出来ません。

造影 造影検査の場合は医療機関から直接お電話でご相談・ご予約ください。

撮影部位  
 頭部 (頭部・顔面・顎関節)  
 頸部(耳鼻)  
 胸部(肺・縦隔・心)  
 その他(左・右)

## ご注意

インプラントCT撮影をされる場合

持参するもの 保険証・診療情報提供書(紹介元医療機関から渡されたもの)  
※インプラントCT撮影は自費検査となりますが、カルテ作成のため、保険証をお持ちの方はご持参ください。

所用時間(受付～会計) およそ40分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)

◎血液検査のある方は検査6時間前から食事はしないでください。

\*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取らないでください。

◎その他の方は飲食の制限はありません。

## ご注意

インプラントCT撮影以外のCT、MRI、骨密度(デキサ)撮影をされる場合

持参するもの 保険証・診療情報提供書(紹介元医療機関から渡されたもの)  
※自費診療となる場合もあります。

所用時間(受付～会計) およそ60分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)

◎造影検査を受ける方は検査4時間前から食事はしないでください。

\*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取らないでください。

◎その他の方は飲食の制限はありません。

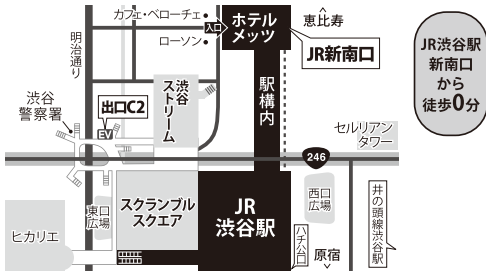
オンライン予約はこちらから▶

(ホームページからも予約できます。www.medicalscanning.net)



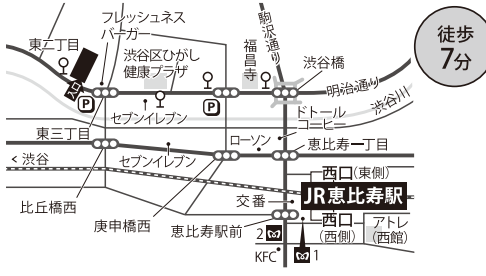


**渋谷** JR渋谷駅「新南口」  
渋谷区渋谷3-29-17 JR東日本ホテルメッツ渋谷2F



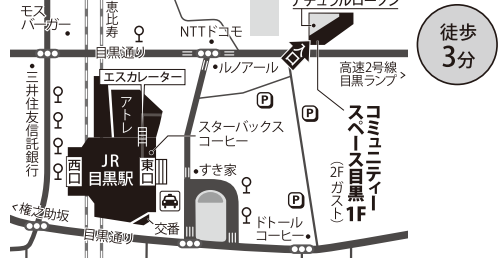
JR渋谷駅  
新南口から  
徒歩0分

**恵比寿** JR恵比寿駅「西口(東側)」  
(日比谷線) 恵比寿駅「2番出口」  
渋谷区東2-16-9 SANKYO第三ビル1F



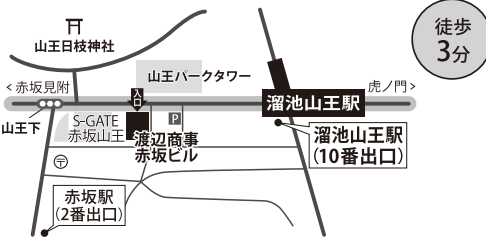
徒歩  
7分

**目黒** JR目黒駅「東口」  
(南北線・東急目黒線・都営三田線) 目黒駅「正面口」  
品川区上大崎2-10-33 コミュニティスペース目黒1F



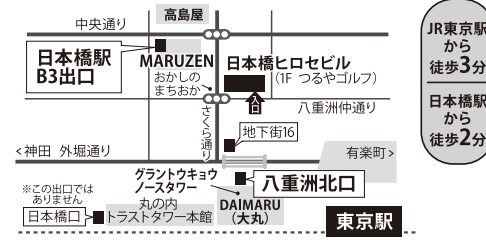
徒歩  
3分

**溜池山王** (銀座線・南北線)  
溜池山王駅「10番出口」  
港区赤坂2-5-7 渡辺商事赤坂ビル1F



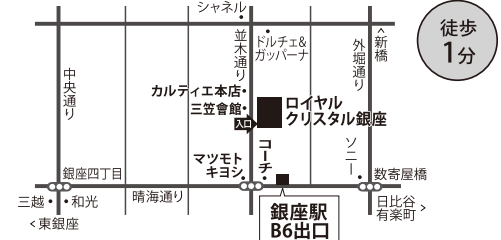
徒歩  
3分

**東京** JR東京駅「八重洲北口」  
(銀座線・東西線) 日本橋駅「B3出口」  
中央区日本橋3-1-17 日本橋ヒロセビル2F



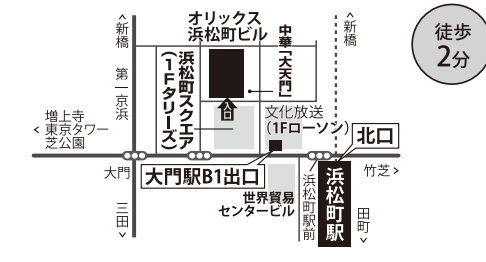
JR東京駅  
から  
徒歩3分  
日本橋駅  
から  
徒歩2分

**銀座** (銀座線・日比谷線・丸の内線)  
銀座駅「B6出口」  
中央区銀座5-4-6 ロイヤルクリスタル銀座2F



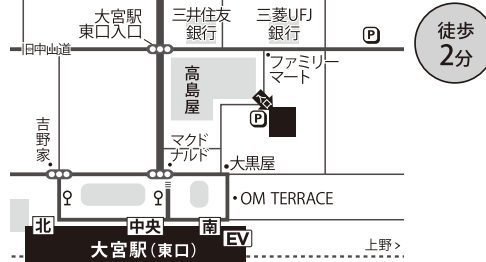
徒歩  
1分

**浜松町** JR浜松町駅「北口」  
(浅草線・大江戸線) 大門駅「B1出口」  
港区浜松町1-24-8 オリックス浜松町ビルB1F



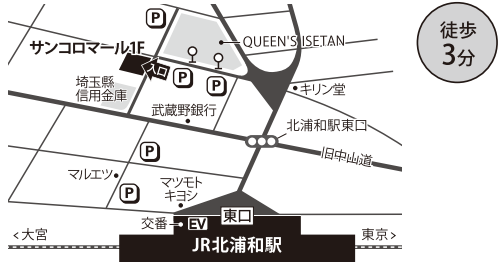
徒歩  
2分

**大宮** (JR・東武野田線・ニューシャトル)  
大宮駅「東口(中央・南)」  
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



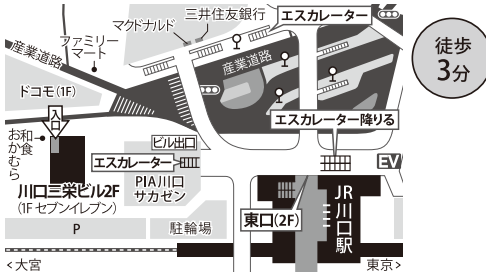
徒歩  
2分

**北浦和** JR北浦和駅「東口」  
埼玉県さいたま市浦和区北浦和1-3-16 サンコロモール1F



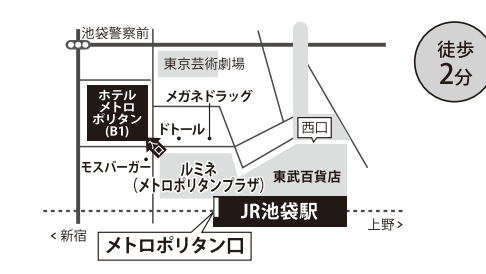
徒歩  
3分

**川口** JR川口駅「東口」  
埼玉県川口市栄町3-1-14 川口三栄ビル2F



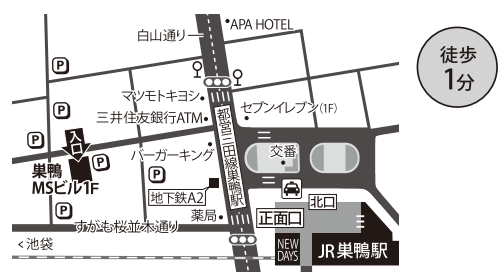
徒歩  
3分

**池袋** JR池袋駅「メトロポリタン口」  
豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



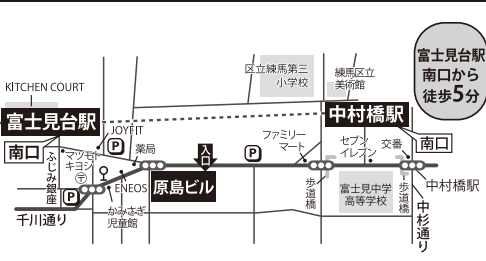
徒歩  
2分

**巣鴨** JR巣鴨「正面口・北口」  
(都営地下鉄三田線) 巣鴨駅「A2出口」  
豊島区巣鴨3-26-4 巣鴨MSビル1F



徒歩  
1分

**富士見台** (西武池袋線) 富士見台駅「南口」  
中村橋駅「南口」  
練馬区中村北4-24-10 原島ビル1階



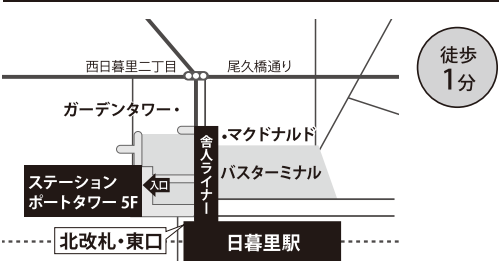
富士見台駅  
南口から  
徒歩5分

**練馬高野台** (西武池袋線)  
練馬高野台駅「北口」  
練馬区高野台1-5-4 デコラート高野台1F



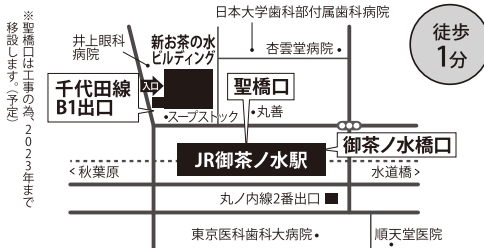
徒歩  
1分

**日暮里** (JR・京成線・舎人ライナー)  
日暮里駅「北改札-「東口」」  
荒川区西日暮里2-20-1 サンマーケット日暮里ステーションポータータワー5F

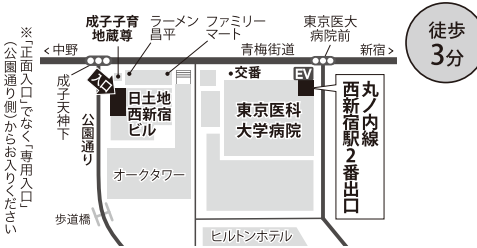


徒歩  
1分

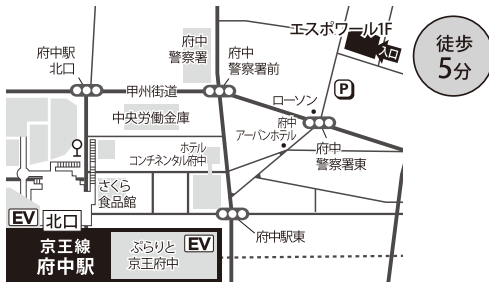
**お茶の水** JR御茶ノ水駅「聖橋口」  
(千代田線) 新御茶ノ水駅「B1出口」  
千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F



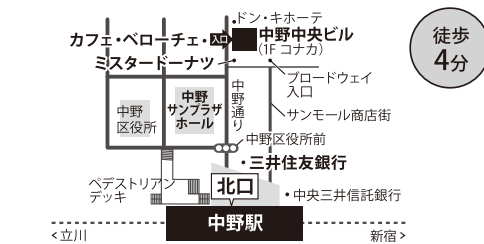
**新宿** (丸の内線) 西新宿駅「2番出口」  
新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル1F



**府中** (京王線) 府中駅「北口」  
府中市府中町2-13-2 エスポワール1F



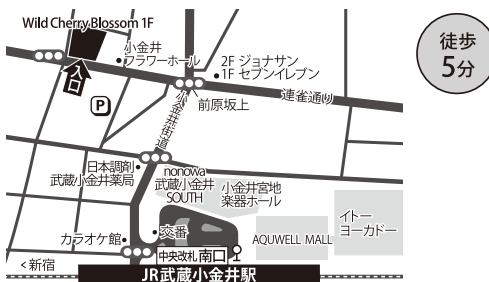
**中野** (JR・東西線) 中野駅「北口」  
中野区中野5-68-2 中野中央ビル3F



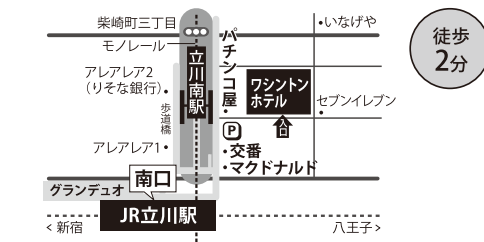
**高円寺** JR高円寺駅「北口」  
杉並区高円寺北 2-3-3 WHARF 高円寺 2F



**武蔵小金井** JR武蔵小金井駅「中央改札 南口」  
小金井市中町4-15-14 GH01 小金井 (Wild Cherry Blossom) 1F



**立川** JR立川駅「南口」  
(多摩都市モノレール) 立川南駅  
立川市柴崎町3-7-16 立川ワシントンホテル1F



記載のない地図は FAX または郵送いたします。

TEL:03-5778-2905

上記の他に □ で囲んだ 18 施設があります。

また、各クリニックの地図は  
ホームページでご覧いただけます。

www.medicalscanning.net

