

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

診療情報提供書 歯科用

メディカルスキャニング用(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

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：メディカルスキャニング

☐ 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904 TEL 03-5468-0055	☐ 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281 TEL 03-5774-7070	☐ 目黒 TEL 03-5449-7111 FAX 03-5449-7778 TEL 03-5449-7112	☐ 溜池山王 クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222	☐ 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056	☐ 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607
☐ 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	☐ 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633 TEL 048-650-2388	☐ 北浦和 TEL 048-814-0177 FAX 048-815-1711 TEL 048-815-1717	☐ 川口 TEL 048-241-1177 FAX 048-241-1175 TEL 048-241-1171	☐ 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	☐ 巣鴨 TEL 03-5961-0227 FAX 03-5961-0667 TEL 03-5961-0228
☐ 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	☐ 練馬高野台 TEL 03-5923-0056 FAX 03-5923-0125 TEL 03-5923-0057	☐ 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	☐ 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	☐ お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	☐ 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277
☐ 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181 TEL 042-314-7000	☐ 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337 TEL 03-5318-0237	☐ 高円寺 TEL 03-5356-2577 FAX 03-5356-2366 TEL 03-5356-3588	☐ 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378 TEL 042-380-1377	☐ 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・自由が丘のみ骨密度(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。

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―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

☐ 頭部 (頭部・顔面・顎関節)

☐ 頸部(耳鼻)

☐ 胸部(肺・縦隔・心)

☐ その他(左・右)

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。(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

●増毛用パウダー (鉄粉を含む場合がある為)

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

●入れ歯(磁石で固定するタイプ)

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。

●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性

●薬剤アレルギーの既往

●ぜん息

有 ・ 無

有の場合、原則検査不可。

有の場合、造影できないことがあります。

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

●ぜん息・(重篤な)腎機能障害

●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

有の場合、原則検査不可。

有の場合、原則、造影禁忌。

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 C D R

☐ 要 ☐ 簡易 viewer 付 ☐ 簡易 viewer 無

☐ 不要 ☐ 不要

デキサはフィルムなし

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

MEDICAL SCANNING SDN10
メディカルスキャニング ①メディカルスキャニング用

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

診療情報提供書 歯科用

メディカルスキャニング用(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

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：メディカルスキャニング

☐ 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904 TEL 03-5468-0055	☐ 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281 TEL 03-5774-7070	☐ 目黒 TEL 03-5449-7111 FAX 03-5449-7778 TEL 03-5449-7112	☐ 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222	☐ 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056	☐ 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607
☐ 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	☐ 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633 TEL 048-650-2388	☐ 北浦和 TEL 048-814-0177 FAX 048-815-1711 TEL 048-815-1717	☐ 川口 TEL 048-241-1177 FAX 048-241-1175 TEL 048-241-1171	☐ 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	☐ 巣鴨 TEL 03-5961-0227 FAX 03-5961-0667 TEL 03-5961-0228
☐ 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	☐ 練馬高野台 TEL 03-5923-0056 FAX 03-5923-0125 TEL 03-5923-0057	☐ 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	☐ 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	☐ お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	☐ 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277
☐ 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181 TEL 042-314-7000	☐ 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337 TEL 03-5318-0237	☐ 高円寺 TEL 03-5356-2577 FAX 03-5356-2366 TEL 03-5356-3588	☐ 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378 TEL 042-380-1377	☐ 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・自由が丘のみ骨密度(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。

解析部位

上顎(右)

8

7

6

5

4

3

2

1

1

2

3

4

5

6

7

8

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

☐ 頭部(頭部・顔面・顎関節)

☐ 頸部(耳鼻)

☐ 胸部(肺・縦隔・心)

☐ その他(左・右)

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。(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

●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為)

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

☐ 要 ☐ 不要

デキサはフィルムなし

C D R

☐ 要 ☐ 要< ☐ 簡易 viewer 付 ☐ 簡易 viewer 無 ☐ 不要

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

氏名

生年月日

性別

日中連絡のとれる電話番号

住所

診療情報提供書 歯科用

メディカルスキャニング用(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

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

ご担当医師名

紹介先医療機関名：メディカルスキャニング

☐ 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904 TEL 03-5468-0055	☐ 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281 TEL 03-5774-7070	☐ 目黒 TEL 03-5449-7111 FAX 03-5449-7778 TEL 03-5449-7112	☐ 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222	☐ 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056	☐ 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607
☐ 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	☐ 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633 TEL 048-650-2388	☐ 北浦和 TEL 048-814-0177 FAX 048-815-1711 TEL 048-815-1717	☐ 川口 TEL 048-241-1177 FAX 048-241-1175 TEL 048-241-1171	☐ 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	☐ 巣鴨 TEL 03-5961-0227 FAX 03-5961-0667 TEL 03-5961-0228
☐ 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	☐ 練馬高野台 TEL 03-5923-0056 FAX 03-5923-0125 TEL 03-5923-0057	☐ 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	☐ 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	☐ お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	☐ 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277
☐ 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181 TEL 042-314-7000	☐ 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337 TEL 03-5318-0237	☐ 高円寺 TEL 03-5356-2577 FAX 03-5356-2366 TEL 03-5356-3588	☐ 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378 TEL 042-380-1377	☐ 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)

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。

検査区分 ☐ MRI ☐ CT (インプラント以外) ☐ 東京・日暮里・自由が丘のみ
骨密度(デキサ)

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もございます)

◎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もございます)

◎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。

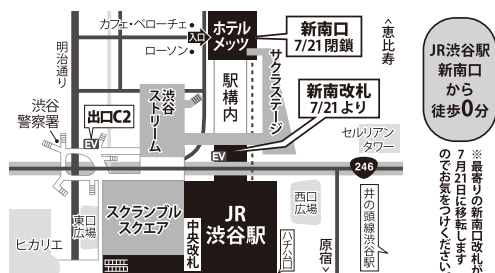
◎その他の方は飲食の制限はありません。

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)



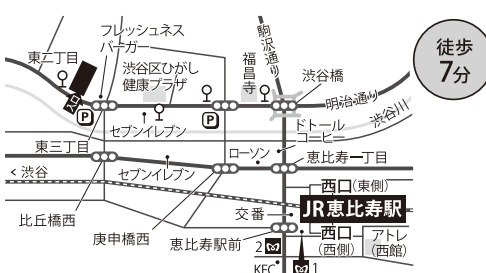
渋谷 JR渋谷駅「新南口」

渋谷区渋谷3-29-17 JR東日本ホテルメッツ渋谷2F



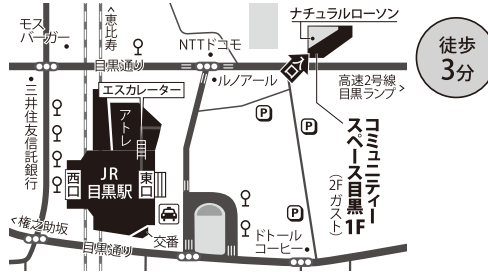
恵比寿 JR恵比寿駅「西口(東側)」

(日比谷線) 恵比寿駅「2番出口」
渋谷区東2-16-9 SANKYO第Ⅲビル1F



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



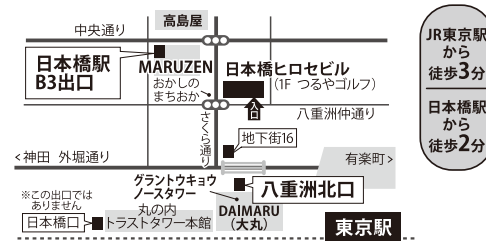
溜池山王 (銀座線・南北線)

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



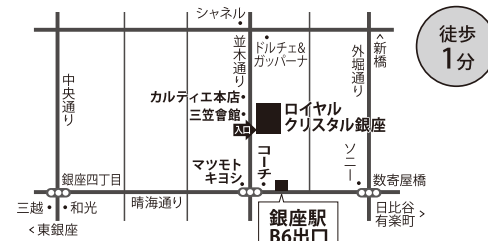
東京 JR東京駅「八重洲北口」

(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



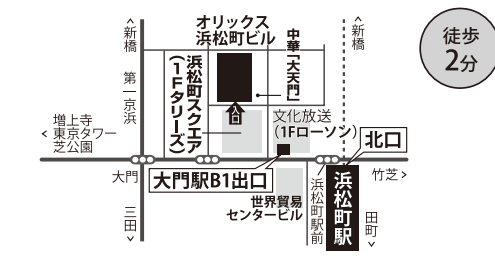
銀座 (銀座線・日比谷線・丸ノ内線)

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



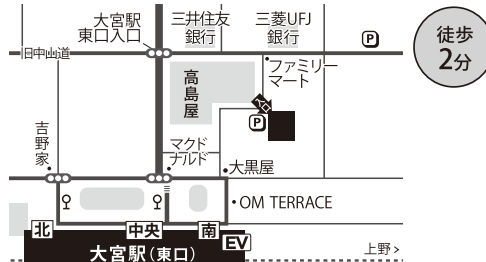
浜松町 JR浜松町駅「北口」

(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



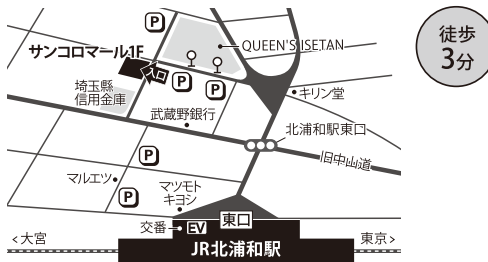
大宮 (JR・東武野田線・ニューシャトル)

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



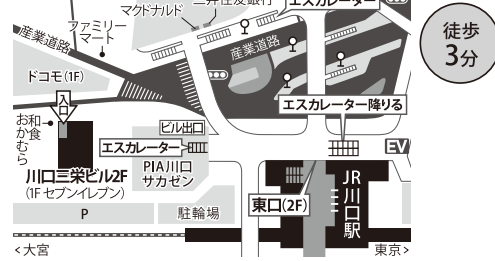
北浦和 JR北浦和駅「東口」

埼玉県さいたま市浦和区北浦和1-3-16 サンコロマル1F



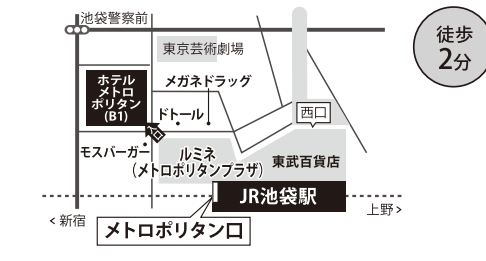
川口 JR川口駅「東口」

埼玉県川口市栄町3-1-14 川口三栄ビル2F



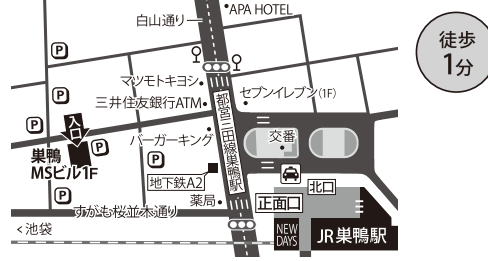
池袋 JR池袋駅「メトロポリタン口」

豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



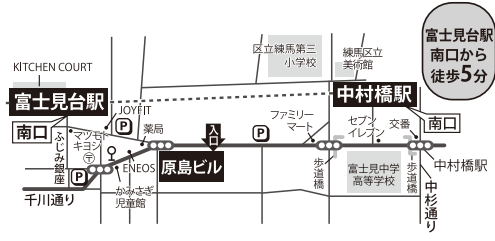
巣鴨 JR巣鴨「正面口・北口」

(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



富士見台 (西武池袋線) 富士見台駅「南口」

練馬区中村北4-24-10 原島ビル1階



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



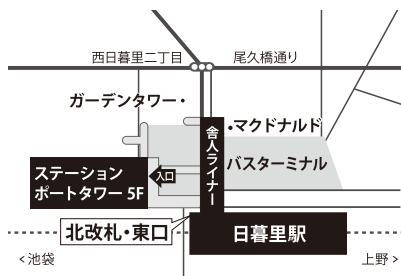
柏 (JR・東武野田線) 柏駅「東口」

千葉県柏市柏2-8-13 サンサンビル1F



日暮里 (JR・京成線・舎人ライナー) 日暮里駅-北改札-「東口」

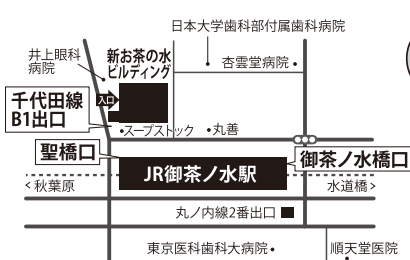
荒川区西日暮里2-20-1 サンマークシティ日暮里 ステーションポートタワー5F



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」

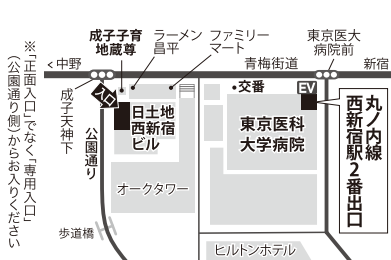
千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F



徒歩
1分

新宿 (丸の内線) 西新宿駅「2番出口」

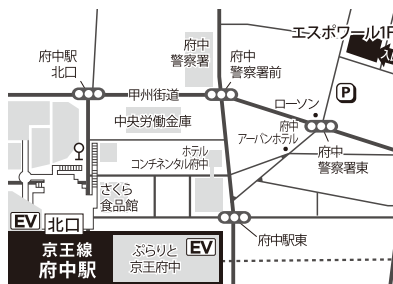
新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル1F



徒歩
3分

府中 (京王線) 府中駅「北口」

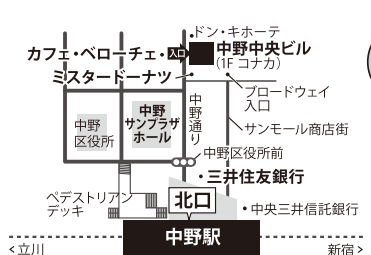
府中市府中町2-13-2 エスポワール1F



徒歩
5分

中野 (JR・東西線) 中野駅「北口」

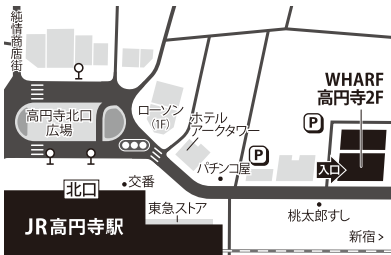
中野区中野5-68-2 中野中央ビル3F



徒歩
4分

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



徒歩
2分

武蔵小金井 JR武蔵小金井駅「中央改札 南口」

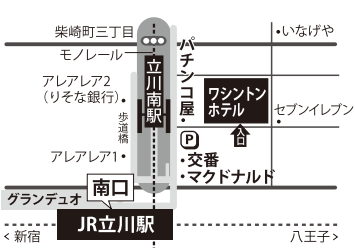
小金井市中町4-15-14 GH01小金井 (Wild Cherry Blossom) 1F



徒歩
5分

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



徒歩
2分

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19 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

