

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) 西エリア

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

ご担当医師名

歯科 口腔外科 (

科)

(印)

紹介先医療機関名: メディカルスキャニング

代表番号: 03-5778-2905

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL03-5778-2908 FAX03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL03-5766-6337 FAX03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 TEL03-5449-7111 FAX03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 自由が丘 TEL03-5726-6772 FAX03-5726-6774	<input type="checkbox"/> 用賀 TEL03-5766-6805 FAX03-5717-9806	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL03-5778-2650 FAX03-3568-3213
<input type="checkbox"/> 東京 TEL03-3243-1230 FAX03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 TEL03-5766-5850 FAX03-6274-0062	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL03-5766-6810 FAX03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL03-5778-2925 FAX03-5985-0771	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL03-5778-2907 FAX03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) TEL03-5778-2906 FAX03-5339-8738
<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) TEL03-3379-3355 FAX03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 TEL03-3207-7255 FAX03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL042-330-7188 FAX042-330-7181	<input type="checkbox"/> 経堂 TEL03-5766-6571 FAX03-5426-3602	<input type="checkbox"/> 向ヶ丘遊園 TEL044-930-3566 FAX044-930-3570	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 TEL044-829-4870 FAX044-953-0025
<input type="checkbox"/> 町田 TEL042-732-6720 FAX042-732-6721	<input type="checkbox"/> 本厚木 TEL046-225-3335 FAX046-225-3338	<input type="checkbox"/> 長津田 TEL045-982-1444 FAX045-982-1443	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック TEL045-328-3866 FAX045-328-3867	<input type="checkbox"/> 関内 TEL045-663-5557 FAX045-663-5554	<input type="checkbox"/> 金沢八景 TEL045-784-1222 FAX045-784-1215
<input type="checkbox"/> 大船 TEL0467-42-8200 FAX0467-42-8230	<input type="checkbox"/> 藤沢 TEL0466-26-3366 FAX0466-26-3367	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック TEL045-910-2340 FAX045-910-2342	<input type="checkbox"/> センター南クリニック TEL045-948-3268 FAX045-948-3269	<input type="checkbox"/> 川崎 TEL044-540-6667 FAX044-540-6668	<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック TEL044-431-5525 FAX044-431-5526
<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック TEL044-829-0081 FAX044-829-0083					

記載のないクリニックでもご使用いただけます。(6枚目をご参照ください。)

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) 骨密度(テキサ) 東京・日暮里・自由が丘のみ

解析部位 全歯解析 両顎・上顎・下顎
 部分解析 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 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
(右)

下顎 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
(左)

その他撮影及び画像処理に関するご指示

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 紹介目的

頭部 (頭部
顔面
頸関節)
現病歴(傷病名・症状経過及び検査結果・治療経過)

頸部 (耳鼻)

胸部 (肺
縦隔
心)

その他 (左・右)

既往歴及び家族歴

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。

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
へ

▼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(心臓ベースメーカー・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)

●カラーコンタクト ●磁石で固定する入れ歯

●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。

●せん息・アレルギーの既往 有・無 有の場合、原則、造影禁忌。

●腎機能 クレアチニン(Cr)値() Cr値2.0以上の場合は、造影禁忌。

※わかる場合にはご記入ください。

●妊娠もしくは妊娠の可能性 有・無 有の場合、原則検査不可。

●せん息(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() Cr値2.0以上の場合は、造影禁忌。

※わかる場合にはご記入ください。

●腎機能 クレアチニン(Cr)値() Cr値2.0以上の場合は、造影禁忌。

透析中の方は要電話連絡。

フィルム C D R
□要
□要<□簡易 viewer付
□要無
□不要
□不要

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) 西エリア

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

ご担当医師名

歯科 口腔外科 (

科)

(印)

紹介先医療機関名: メディカルスキャニング

代表番号: 03-5778-2905

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL03-5778-2908 FAX03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL03-5766-6337 FAX03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 TEL03-5449-7111 FAX03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 自由が丘 TEL03-5726-6772 FAX03-5726-6774	<input type="checkbox"/> 用賀 TEL03-5766-6805 FAX03-5717-9806	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL03-5778-2650 FAX03-3568-3213
<input type="checkbox"/> 東京 TEL03-3243-1230 FAX03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 TEL03-5766-5850 FAX03-6274-0062	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL03-5766-6810 FAX03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL03-5778-2925 FAX03-5985-0771	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL03-5778-2907 FAX03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) TEL03-5778-2906 FAX03-5339-8738
<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) TEL03-3379-3355 FAX03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 TEL03-3207-7255 FAX03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL042-330-7188 FAX042-330-7181	<input type="checkbox"/> 経堂 TEL03-5766-6571 FAX03-5426-3602	<input type="checkbox"/> 向ヶ丘遊園 TEL044-930-3566 FAX044-930-3570	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 TEL044-829-4870 FAX044-953-0025
<input type="checkbox"/> 町田 TEL042-732-6720 FAX042-732-6721	<input type="checkbox"/> 本厚木 TEL046-225-3335 FAX046-225-3338	<input type="checkbox"/> 長津田 TEL045-982-1444 FAX045-982-1443	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック TEL045-328-3866 FAX045-328-3867	<input type="checkbox"/> 関内 TEL045-663-5557 FAX045-663-5554	<input type="checkbox"/> 金沢八景 TEL045-784-1222 FAX045-784-1215
<input type="checkbox"/> 大船 TEL0467-42-8200 FAX0467-42-8230	<input type="checkbox"/> 藤沢 TEL0466-26-3366 FAX0466-26-3367	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック TEL045-910-2340 FAX045-910-2342	<input type="checkbox"/> センター南クリニック TEL045-948-3268 FAX045-948-3269	<input type="checkbox"/> 川崎 TEL044-540-6667 FAX044-540-6668	<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック TEL044-431-5525 FAX044-431-5526
<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック TEL044-829-0081 FAX044-829-0083					

記載のないクリニックでもご使用いただけます。(6枚目をご参照ください。)

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) 骨密度(テキサ) 東京・日暮里・自由が丘のみ

解析部位 全歯解析 両顎・上顎・下顎
 部分解析 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 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
(右)

下顎 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
(左)

その他撮影及び画像処理に関するご指示

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 紹介目的

頭部 (頭部
顔面
頸関節)
現病歴(傷病名・症状経過及び検査結果・治療経過)

頸部 (耳鼻)

胸部 (肺
縦隔
心)

その他 (左・右)

既往歴及び家族歴

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。

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
_____へ

▼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(心臓ベースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ)
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)

●カラーコンタクト ●磁石で固定する入れ歯

●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。

●せん息・アレルギーの既往 有・無 有の場合、原則、造影禁忌。

●腎機能 クレアチニン(Cr)値() Cr値2.0以上の場合は、造影禁忌。透析中の方は不可。

※わかる場合にはご記入ください。

●妊娠もしくは妊娠の可能性 有・無 有の場合、原則検査不可。

●せん息(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() Cr値2.0以上の場合は、造影禁忌。透析中の方は要電話連絡。

※わかる場合にはご記入ください。

●デキサはフィルムなし 有・無 有の場合、原則検査不可。

●简易viewer付 有・無 有の場合、原則、造影禁忌。

●简易viewer無 有・無 有の場合、原則、造影禁忌。

●不要 有・無 有の場合、原則検査不可。

●不要 有・無 有の場合、原則、造影禁忌。

MEDICAL SCANNING
メディカルスキャニング

SDW13
②貴院控え

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) 西エリア

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 (

ご担当医師名

科)



紹介先医療機関名: メディカルスキャニング

代表番号: 03-5778-2905

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL03-5778-2908 FAX03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL03-5766-6337 FAX03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 TEL03-5449-7111 FAX03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 自由が丘 TEL03-5726-6772 FAX03-5726-6774	<input type="checkbox"/> 用賀 TEL03-5766-6805 FAX03-5717-9806	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL03-5778-2650 FAX03-3568-3213
<input type="checkbox"/> 東京 TEL03-3243-1230 FAX03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 TEL03-5766-5850 FAX03-6274-0062	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL03-5766-6810 FAX03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL03-5778-2925 FAX03-5985-0771	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL03-5778-2907 FAX03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) TEL03-5778-2906 FAX03-5339-8738
<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) TEL03-3379-3355 FAX03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 TEL03-3207-7255 FAX03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL042-330-7188 FAX042-330-7181	<input type="checkbox"/> 経堂 TEL03-5766-6571 FAX03-5426-3602	<input type="checkbox"/> 向ヶ丘遊園 TEL044-930-3566 FAX044-930-3570	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 TEL044-829-4870 FAX044-953-0025
<input type="checkbox"/> 町田 TEL042-732-6720 FAX042-732-6721	<input type="checkbox"/> 本厚木 TEL046-225-3335 FAX046-225-3338	<input type="checkbox"/> 長津田 TEL045-982-1444 FAX045-982-1443	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック TEL045-328-3866 FAX045-328-3867	<input type="checkbox"/> 関内 TEL045-663-5557 FAX045-663-5554	<input type="checkbox"/> 金沢八景 TEL045-784-1222 FAX045-784-1215
<input type="checkbox"/> 大船 TEL0467-42-8200 FAX0467-42-8230	<input type="checkbox"/> 藤沢 TEL0466-26-3366 FAX0466-26-3367	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック TEL045-910-2340 FAX045-910-2342	<input type="checkbox"/> センター南クリニック TEL045-948-3268 FAX045-948-3269	<input type="checkbox"/> 川崎 TEL044-540-6667 FAX044-540-6668	<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック TEL044-431-5525 FAX044-431-5526
<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック TEL044-829-0081 FAX044-829-0083		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記載のないクリニックでもご使用いただけます。(6枚目をご参照ください。)

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) 骨密度(デキサ) 東京・日暮里・自由が丘のみ

解析部位	<input type="checkbox"/> 全歯解析 両顎・上顎・下顎
	<input type="checkbox"/> 部分解析 部位()
血液検査(別料金)	<input type="checkbox"/> Basic(13種類) <input type="checkbox"/> Standard(46種類)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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。

撮影部位	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部 顔面 顎関節)	
	<input type="checkbox"/> 頸部 (耳鼻)	
	<input type="checkbox"/> 胸部 (肺 縦隔 心)	
	<input type="checkbox"/> 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

- マイナ保険証 もしくは 健康保険証
- 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。カルテ作成のため、マイナ保険証 もしくは 健康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

- マイナ保険証 もしくは 健康保険証
- 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)



MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

SDW13

③患者控え

渋谷 JR渋谷駅「新南改札」

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」

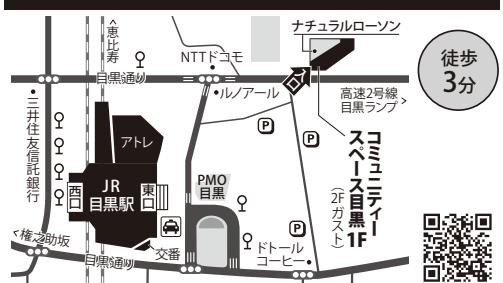
渋谷区東2-16-9 SANKYO第IIIビル 1F



目黒 JR目黒駅「東口」

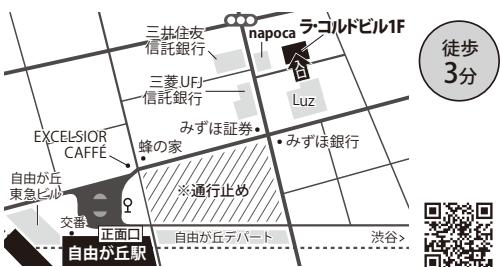
(南北線・東急目黒線・都営三田線) 目黒駅「正面口」

品川区上大崎 2-10-33 コミュニティースペース目黒 1F



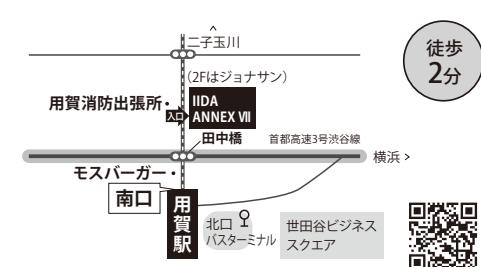
自由が丘 (東急東横線・東急大井町線) 自由が丘駅「正面口」

目黒区自由が丘 2-9-10 ラ・コルドビル 1F



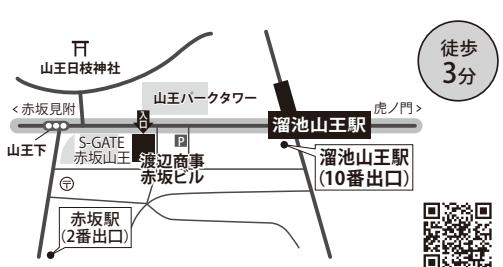
用賀 (田園都市線) 用賀駅「南口」

世田谷区玉川台2-22-20 IIDA ANNEX VII 1F



溜池山王 (銀座線・南北線) 溜池山王駅「10番出口」

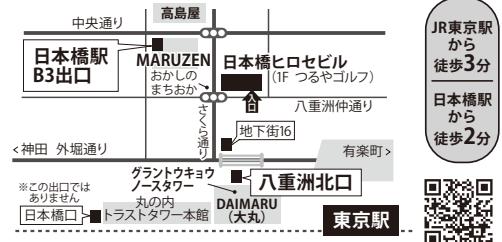
港区赤坂2-5-7 渡辺商事赤坂ビル1F



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 銀座駅「B6出口」

(銀座線・日比谷線・丸ノ内線) 銀座駅「B6出口」

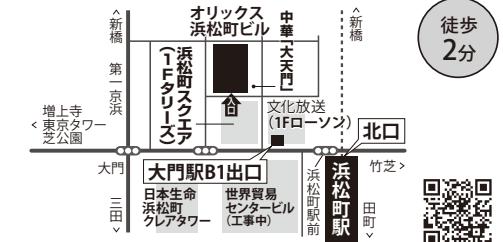
中央区銀座5-4-6 ロイヤルクリスタル銀座2F



浜松町 JR浜松町駅「北口」

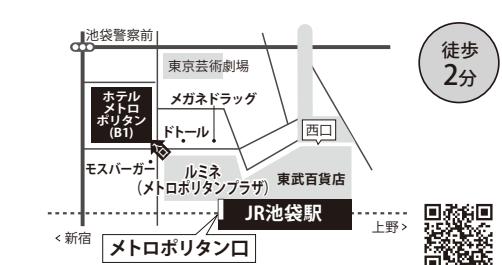
(浅草線・大江戸線) 大門駅「B1出口」

港区浜松町1-24-8 オリックス浜松町ビルB1F



池袋 JR池袋駅「メトロポリタン口」

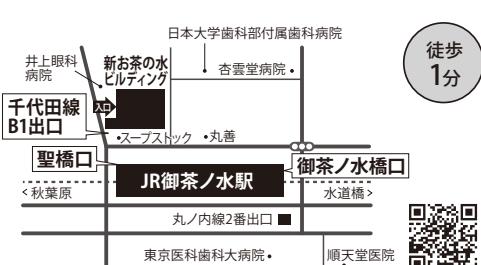
豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



お茶の水 JR御茶ノ水駅「聖橋口」

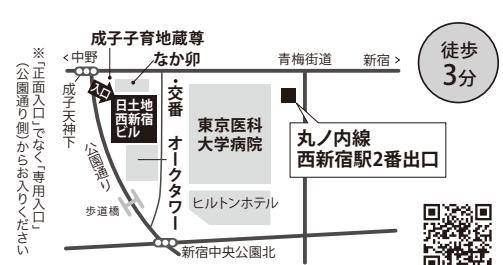
(千代田線) 新御茶ノ水駅「B1出口」

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(西新宿) (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



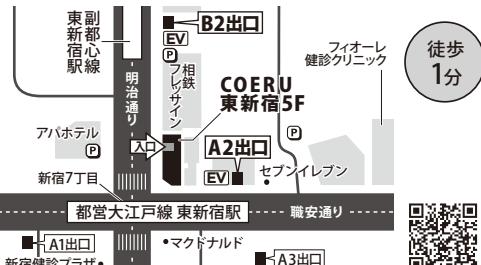
南新宿(新宿南口) (JR・小田急線) 新宿駅「南口」

渋谷区代々木2-5-4 柿原記念ビルディング5F



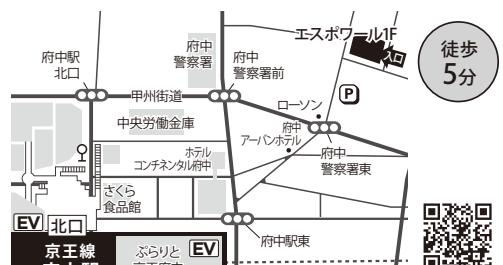
東新宿 (都営大江戸線・副都心線) 東新宿駅「A2出口」「B2出口」

新宿区新宿7-27-6 COERU東新宿5F



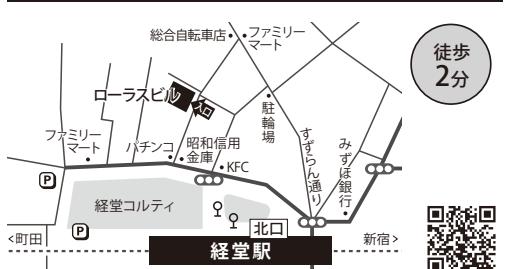
府中 (京王線) 府中駅「北口」

府中市府中町2-13-2 エスピワール1F



経堂 (小田急小田原線)
経堂駅「北口」

世田谷区経堂2-4-17 ローラスピル1F



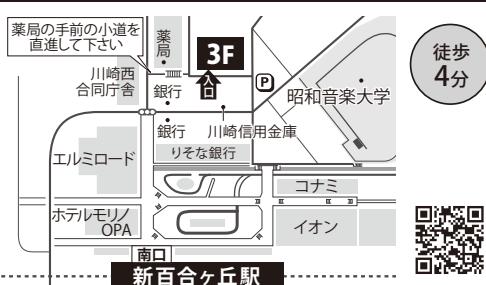
向ヶ丘遊園 (小田急小田原線)
向ヶ丘遊園駅「南口」

川崎市多摩区登戸 2066-1 DIAMANTE kojiya 2F



新百合ヶ丘 (小田急小田原線・多摩線)
新百合ヶ丘駅「南口」

川崎市麻生区上麻生1-7-1 シティキューブ3F



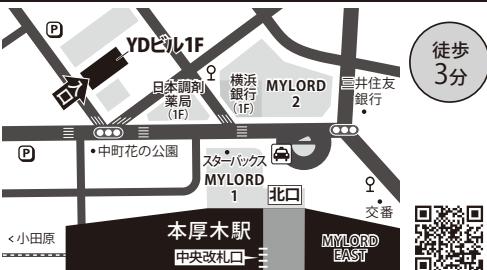
町田 (小田急小田原線)
町田駅「東口」
(JR横浜線)
町田駅「北口」

町田市原町田6-15-8 高峰地所ビル1F



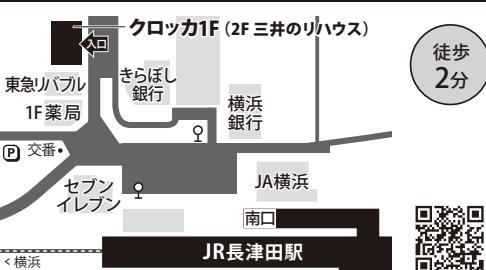
本厚木 (小田急小田原線)
本厚木駅「中央改札 北口」

厚木市中町 3-1-2 YDビル1F



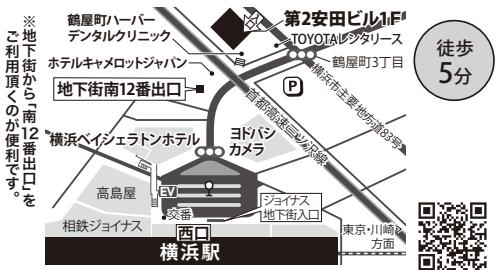
長津田 (JR・田園都市線・こどもの国線)
長津田駅「南口」

横浜市緑区長津田5-4-42 クロッカ1F



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



関内 JR関内駅「北口」
(横浜市営地下鉄) 関内駅「2番出口」

神奈川県横浜市中区真砂町3-28 柳下ビルディング4F



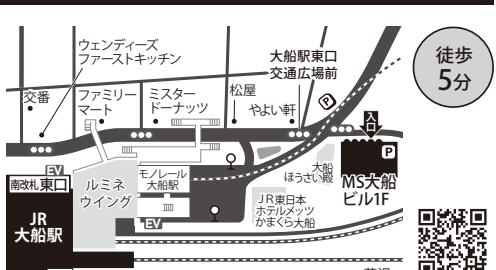
金沢八景 (京急線・横浜シーサイドライン)
金沢八景駅

横浜市金沢区瀬戸15-10 萬寿穂ビル宝寿1F



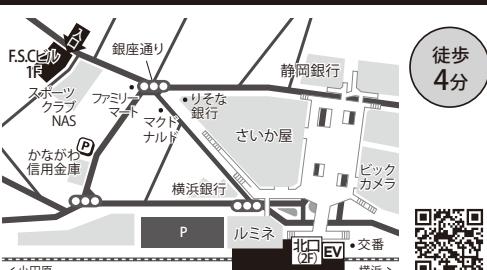
大船 JR大船駅「南改札 東口」
(湘南モノレール) 大船駅

鎌倉市大船1-3-9 MS大船ビル1F



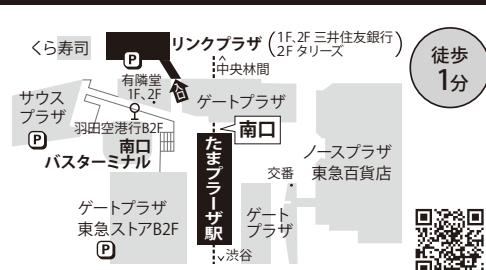
藤沢 JR藤沢駅「北口」

藤沢市藤沢530-10 F.S.Cビル 1F



たまプラーザ (田園都市線)
たまプラーザ駅「南口」

横浜市青葉区新石川12-1-15 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 2F



川崎 JR川崎駅「中央南・北改札 西口」
(京浜急行電鉄) 京急川崎駅

川崎市幸区中幸町3-31-2 DAIKYO KENKI KAWASAKI BLDG 2F

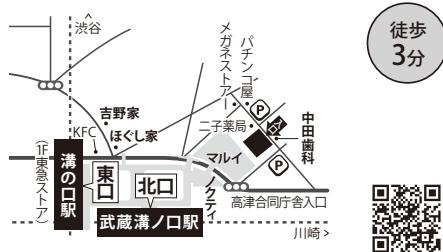


武藏小杉 (東急東横線) 新丸子駅「東口」
JR武藏小杉駅「北口」

川崎市中原区新丸子東1-830-3 KAHALA EAST1 1F



第二溝の口 JR武藏溝ノ口駅「北口」
(田園都市線・大井町線)溝の口駅「東口」
川崎市高津区溝の口1-5-2 1F



記載のない地図は FAX または郵送いたします。

TEL: 03-5778-2905

この他に □ で囲んだ 17 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

