

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 _____ (_____ 科) ①
 歯科 口腔外科 (_____ 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 ☎03-5778-2908 ☎03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 ☎03-5766-6337 ☎03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 ☎03-5449-7111 ☎03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 自由が丘 ☎03-5726-6772 ☎03-5726-6774	<input type="checkbox"/> 用賀 ☎03-5766-6805 ☎03-5717-9806	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック ☎03-5778-2650 ☎03-3568-3213
<input type="checkbox"/> 東京 ☎03-3243-1230 ☎03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 ☎03-5766-5850 ☎03-6274-0062	<input type="checkbox"/> 浜松町 ☎03-5766-6810 ☎03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771	<input type="checkbox"/> お茶の水 ☎03-5778-2907 ☎03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) ☎03-5778-2906 ☎03-5339-8738
<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) ☎03-3379-3355 ☎03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 ☎03-3207-7255 ☎03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 ☎042-330-7188 ☎042-330-7181	<input type="checkbox"/> 経堂 ☎03-5766-6571 ☎03-5426-3602	<input type="checkbox"/> 向ヶ丘遊園 ☎044-930-3566 ☎044-930-3570	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 ☎044-829-4870 ☎044-953-0025
<input type="checkbox"/> 町田 ☎042-732-6720 ☎042-732-6721	<input type="checkbox"/> 本厚木 ☎046-225-3335 ☎046-225-3338	<input type="checkbox"/> 長津田 ☎045-982-1444 ☎045-982-1443	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック ☎045-328-3866 ☎045-328-3867	<input type="checkbox"/> 関内 ☎045-663-5557 ☎045-663-5554	<input type="checkbox"/> 金沢八景 ☎045-784-1222 ☎045-784-1215
<input type="checkbox"/> 大船 ☎0467-42-8200 ☎0467-42-8230	<input type="checkbox"/> 藤沢 ☎0466-26-3366 ☎0466-26-3367	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック ☎045-910-2340 ☎045-910-2342	<input type="checkbox"/> センター南クリニック ☎045-948-3268 ☎045-948-3269	<input type="checkbox"/> 川崎 ☎044-540-6667 ☎044-540-6668	<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック ☎044-431-5525 ☎044-431-5526
<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック ☎044-829-0081 ☎044-829-0083	<input type="checkbox"/>	<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 ☎ 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

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 (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。
画像処理会社 _____ 貴院へ
画像送付先 _____ 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 紹介目的
 頭部(頭部・顔面・顎関節) 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。(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) 有・無 有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
具体的に[_____]
●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。
●ぜん息・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(_____) ※わかる場合にはご記入ください。 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。 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 要< 簡易 viewer 付 簡易 viewer 無 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 ☎03-5778-2908 ☎03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 ☎03-5766-6337 ☎03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 ☎03-5449-7111 ☎03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 自由が丘 ☎03-5726-6772 ☎03-5726-6774	<input type="checkbox"/> 用賀 ☎03-5766-6805 ☎03-5717-9806	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック ☎03-5778-2650 ☎03-3568-3213
<input type="checkbox"/> 東京 ☎03-3243-1230 ☎03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 ☎03-5766-5850 ☎03-6274-0062	<input type="checkbox"/> 浜松町 ☎03-5766-6810 ☎03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771	<input type="checkbox"/> お茶の水 ☎03-5778-2907 ☎03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) ☎03-5778-2906 ☎03-5339-8738
<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) ☎03-3379-3355 ☎03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 ☎03-3207-7255 ☎03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 ☎042-330-7188 ☎042-330-7181	<input type="checkbox"/> 経堂 ☎03-5766-6571 ☎03-5426-3602	<input type="checkbox"/> 向ヶ丘遊園 ☎044-930-3566 ☎044-930-3570	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 ☎044-829-4870 ☎044-953-0025
<input type="checkbox"/> 町田 ☎042-732-6720 ☎042-732-6721	<input type="checkbox"/> 本厚木 ☎046-225-3335 ☎046-225-3338	<input type="checkbox"/> 長津田 ☎045-982-1444 ☎045-982-1443	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック ☎045-328-3866 ☎045-328-3867	<input type="checkbox"/> 関内 ☎045-663-5557 ☎045-663-5554	<input type="checkbox"/> 金沢八景 ☎045-784-1222 ☎045-784-1215
<input type="checkbox"/> 大船 ☎0467-42-8200 ☎0467-42-8230	<input type="checkbox"/> 藤沢 ☎0466-26-3366 ☎0466-26-3367	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック ☎045-910-2340 ☎045-910-2342	<input type="checkbox"/> センター南クリニック ☎045-948-3268 ☎045-948-3269	<input type="checkbox"/> 川崎 ☎044-540-6667 ☎044-540-6668	<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック ☎044-431-5525 ☎044-431-5526
<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック ☎044-829-0081 ☎044-829-0083	<input type="checkbox"/>	<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 ☎ 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(_____) <small>*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。</small>
読影(別料金)	<input type="checkbox"/> 希望する(料金¥11,000 税込) <small>*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。</small>
解析部位	
上顎	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (右) (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	

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	
<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部・顔面・顎関節)	現病歴(傷病名・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)	-----	
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(<input type="checkbox"/> ①+ <input type="checkbox"/> ②+ <input type="checkbox"/> ③(全フィルム) <input type="checkbox"/> ②+ <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> 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
<small>*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。</small>	
▼ 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 _____

▼ 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	
	●カラーコンタクト ●磁石で固定する入れ歯	有・無	
CT	●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・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(_____) ※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。
CT	●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 C D R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 要< <input type="checkbox"/> 簡易 viewer 付 <input type="checkbox"/> 簡易 viewer 無	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不要

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) 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 () 科)

ご担当医師名



紹介先医療機関名：メディカルスキャン

代表番号：03-5778-2905

<input type="checkbox"/> 渋谷 ☎03-5778-2908 ☎03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 ☎03-5766-6337 ☎03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 ☎03-5449-7111 ☎03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 自由が丘 ☎03-5726-6772 ☎03-5726-6774	<input type="checkbox"/> 用賀 ☎03-5766-6805 ☎03-5717-9806	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック ☎03-5778-2650 ☎03-3568-3213
<input type="checkbox"/> 東京 ☎03-3243-1230 ☎03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 ☎03-5766-5850 ☎03-6274-0062	<input type="checkbox"/> 浜松町 ☎03-5766-6810 ☎03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771	<input type="checkbox"/> お茶の水 ☎03-5778-2907 ☎03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) ☎03-5778-2906 ☎03-5339-8738
<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) ☎03-3379-3355 ☎03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 ☎03-3207-7255 ☎03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 ☎042-330-7188 ☎042-330-7181	<input type="checkbox"/> 経堂 ☎03-5766-6571 ☎03-5426-3602	<input type="checkbox"/> 向ヶ丘遊園 ☎044-930-3566 ☎044-930-3570	<input type="checkbox"/> 新百合ヶ丘 ☎044-829-4870 ☎044-953-0025
<input type="checkbox"/> 町田 ☎042-732-6720 ☎042-732-6721	<input type="checkbox"/> 本厚木 ☎046-225-3335 ☎046-225-3338	<input type="checkbox"/> 長津田 ☎045-982-1444 ☎045-982-1443	<input type="checkbox"/> 横浜クリニック ☎045-328-3866 ☎045-328-3867	<input type="checkbox"/> 関内 ☎045-663-5557 ☎045-663-5554	<input type="checkbox"/> 金沢八景 ☎045-784-1222 ☎045-784-1215
<input type="checkbox"/> 大船 ☎0467-42-8200 ☎0467-42-8230	<input type="checkbox"/> 藤沢 ☎0466-26-3366 ☎0466-26-3367	<input type="checkbox"/> たまプラーザクリニック ☎045-910-2340 ☎045-910-2342	<input type="checkbox"/> センター南クリニック ☎045-948-3268 ☎045-948-3269	<input type="checkbox"/> 川崎 ☎044-540-6667 ☎044-540-6668	<input type="checkbox"/> 武蔵小杉クリニック ☎044-431-5525 ☎044-431-5526
<input type="checkbox"/> 第二溝の口クリニック ☎044-829-0081 ☎044-829-0083	<input type="checkbox"/>	<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 ☎ 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 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。

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
・マイナ保険証 もしくは 資格確認書
・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、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ちさせ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
・マイナ保険証 もしくは 資格確認書
・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ちさせ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「新南改札」
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 新南改札から徒歩4分

※ホテルメッツ内
ご利用ください。

サクラステージ
JR渋谷駅
スクランブルスクエア
新南改札(3F)
中央改札(3F)

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

徒歩7分

JR恵比寿駅
西口(東側)
西口(西側)
西口(西館)

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

JR目黒駅
東口
正面口

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

徒歩3分

自由が丘駅
正面口

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

徒歩2分

用賀駅
南口

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

溜池山王駅
10番出口

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

日本橋駅 B3出口
八重洲北口

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

銀座駅
B6出口

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

浜松町駅
北口

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

池袋駅
メトロポリタン口

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

御茶ノ水駅
聖橋口

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

徒歩3分

西新宿駅
2番出口

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 榎原記念ビルディング5F

徒歩4分

JR新宿駅
小田急線
新宿駅南口

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

徒歩1分

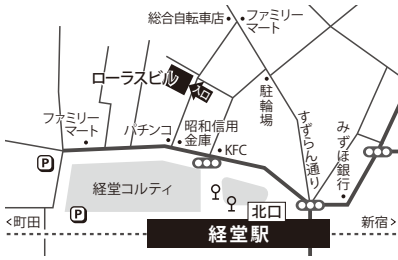
東新宿駅
A2出口
B2出口

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

府中駅
北口

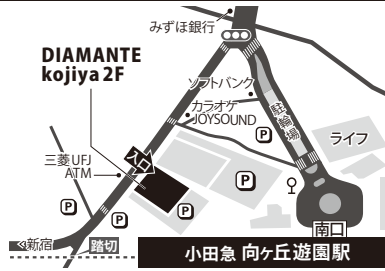
経堂 (小田急小田原線) 経堂駅「北口」
世田谷区経堂2-4-17 ローラスビル1F



徒歩
2分



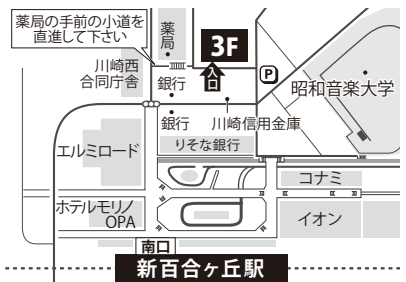
向ヶ丘遊園 (小田急小田原線) 向ヶ丘遊園駅「南口」
川崎市多摩区登戸 2066-1 DIAMANTE kojiya 2F



徒歩
3分



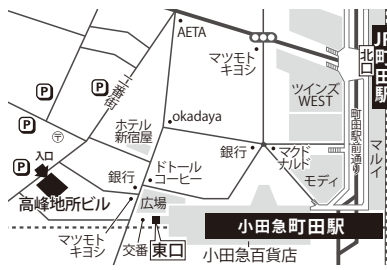
新百合ヶ丘 (小田急小田原線・多摩線) 新百合ヶ丘駅「南口」
川崎市麻生区上麻生1-7-1 シティキューブ 3F



徒歩
4分



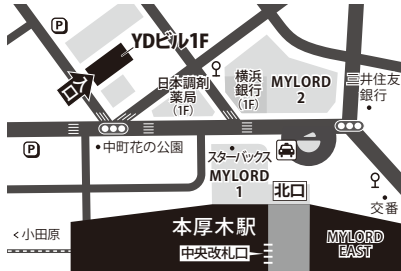
町田 (小田急小田原線) 町田駅「東口」
(JR横浜線) 町田駅「北口」
町田市原町田6-15-8 高峰地所ビル1F



小田急
小田原線
町田駅
から
徒歩3分



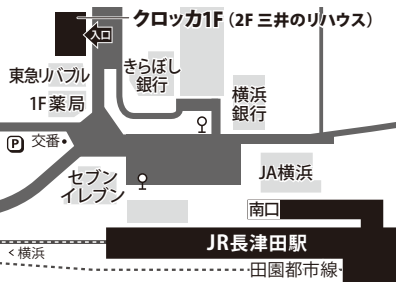
本厚木 (小田急小田原線) 本厚木駅「中央改札 北口」
厚木市中町 3-1-2 YDビル1F



徒歩
3分



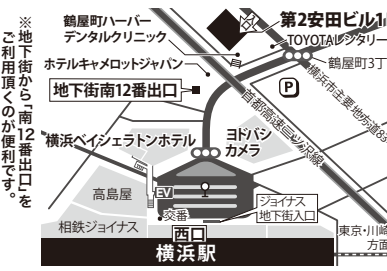
長津田 (JR・田園都市線・こどもの国線) 長津田駅「南口」
横浜市緑区長津田5-4-42 クロック1F



徒歩
2分



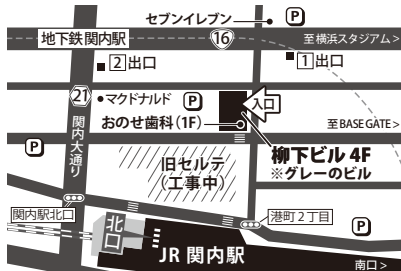
横浜 JR横浜駅「西口」
横浜市神奈川区鶴巻町3-32-13 第2安田ビル1F



徒歩
5分



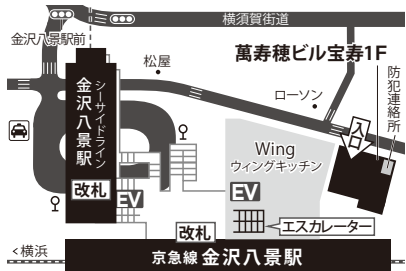
関内 JR関内駅「北口」
横浜市営地下鉄関内駅「1番出口」「2番出口」
神奈川県横浜市中区真砂町3-28 柳下ビルディング4F



JR関内駅
から
徒歩2分
横浜
市営地下鉄
関内駅
から
徒歩2分



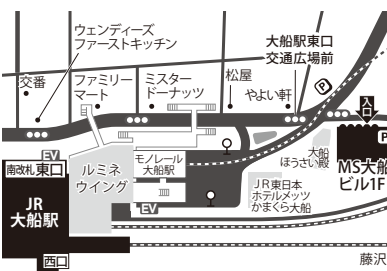
金沢八景 (京急線・横浜シーサイドライン) 金沢八景駅
横浜市金沢区瀬戸15-10 萬寿穂ビル宝寿1F



徒歩
1分



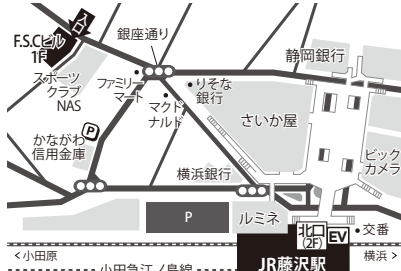
大船 JR大船駅「南改札 東口」
(湘南モノレール) 大船駅
鎌倉市大船1-3-9 MS大船ビル1F



徒歩
5分



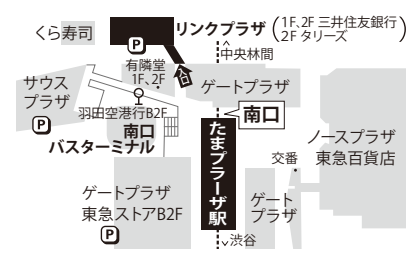
藤沢 JR藤沢駅「北口」
藤沢市藤沢530-10 F.S.Cビル 1F



徒歩
4分



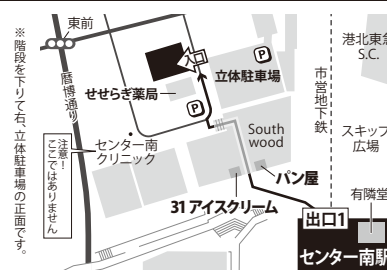
たまプラーザ (田園都市線) たまプラーザ駅「南口」
横浜市青葉区新石川2-1-15 たまプラーザテラス リンクプラザ3F



徒歩
1分



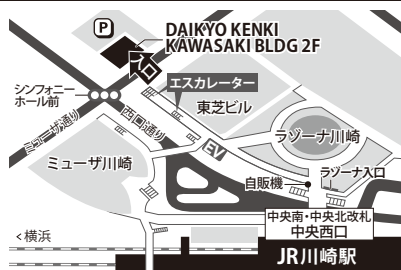
センター南 (横浜市営地下鉄ブルーライン・グリーンライン) センター南駅「出口1」
横浜市都筑区茅ヶ崎中央7-19 2F



徒歩
2分



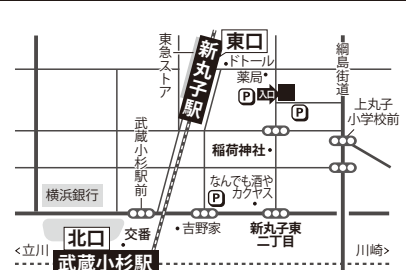
川崎 JR川崎駅「中央南・北改札 西口」
(京浜急行電鉄) 京急川崎駅
川崎市幸区幸町3-31-2 DAIKYO KENKI KAWASAKI BLDG 2F



徒歩
4分



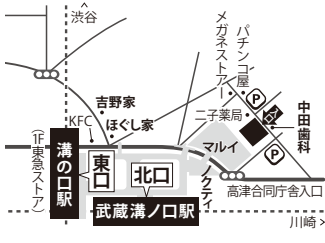
武蔵小杉 (東急東横線) 新丸子駅「東口」
JR武蔵小杉駅「北口」
川崎市中原区新丸子東1-830-3 KAHALA EAST 1F



新丸子駅
から
徒歩1分
武蔵小杉駅
から
徒歩5分



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



徒歩
3分



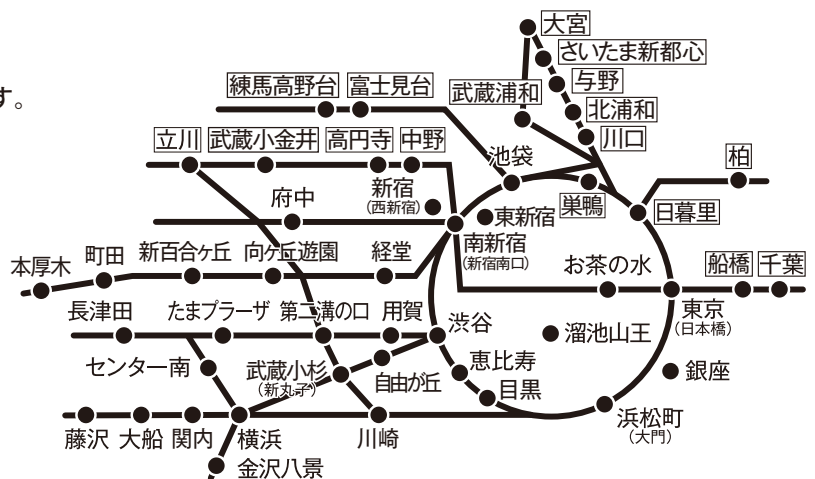
記載のない地図は FAX または 郵送いたします。

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



●印はメディカルスキャニング 所在地