

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

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"/> 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"/> 大宮 ☎048-658-6632 ☎048-658-6633	<input type="checkbox"/> さいたま新都心 ☎048-858-7772 ☎048-858-7774	<input type="checkbox"/> 与野 ☎048-825-6600 ☎048-825-6605	<input type="checkbox"/> 北浦和 ☎048-815-1717 ☎048-815-1711	<input type="checkbox"/> 武蔵浦和 ☎048-864-6663 ☎048-864-6666
<input type="checkbox"/> 川口 ☎048-241-1177 ☎048-241-1175	<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771	<input type="checkbox"/> 巣鴨 ☎03-5961-0227 ☎03-5961-0667	<input type="checkbox"/> 富士見台 ☎03-5766-6333 ☎03-5971-5573	<input type="checkbox"/> 練馬高野台 ☎03-5923-0056 ☎03-5923-0125	<input type="checkbox"/> 柏 ☎04-7167-0011 ☎04-7167-0013
<input type="checkbox"/> 日暮里 ☎03-5778-2890 ☎03-5850-5641	<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"/> 中野 ☎03-5766-5886 ☎03-5345-8337	<input type="checkbox"/> 高円寺 ☎03-5356-2577 ☎03-5356-2366	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 ☎042-380-1366 ☎042-380-1378	<input type="checkbox"/> 立川 ☎042-548-1225 ☎042-548-1226		

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 ____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。</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
<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)		
	●カラーコンタクト ●磁石で固定する入れ歯		
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。		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。		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

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"/> 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"/> 大宮 ☎048-658-6632 ☎048-658-6633	<input type="checkbox"/> さいたま新都心 ☎048-858-7772 ☎048-858-7774	<input type="checkbox"/> 与野 ☎048-825-6600 ☎048-825-6605	<input type="checkbox"/> 北浦和 ☎048-815-1717 ☎048-815-1711	<input type="checkbox"/> 武蔵浦和 ☎048-864-6663 ☎048-864-6666
<input type="checkbox"/> 川口 ☎048-241-1177 ☎048-241-1175	<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771	<input type="checkbox"/> 巣鴨 ☎03-5961-0227 ☎03-5961-0667	<input type="checkbox"/> 富士見台 ☎03-5766-6333 ☎03-5971-5573	<input type="checkbox"/> 練馬高野台 ☎03-5923-0056 ☎03-5923-0125	<input type="checkbox"/> 柏 ☎04-7167-0011 ☎04-7167-0013
<input type="checkbox"/> 日暮里 ☎03-5778-2890 ☎03-5850-5641	<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"/> 中野 ☎03-5766-5886 ☎03-5345-8337	<input type="checkbox"/> 高円寺 ☎03-5356-2577 ☎03-5356-2366	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 ☎042-380-1366 ☎042-380-1378	<input type="checkbox"/> 立川 ☎042-548-1225 ☎042-548-1226		

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 ____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。</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	

▼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 _____

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。(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)		
	●カラーコンタクト ●磁石で固定する入れ歯		
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。		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。
フィルムCDR	●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。
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <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	デキサはフィルムなし

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

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 〇歯科 〇口腔外科 〇()科 ()
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

代表番号: 03-5778-2905

<input type="checkbox"/> 渋谷 TEL 03-5778-2908 FAX 03-5778-2904	<input type="checkbox"/> 恵比寿 TEL 03-5766-6337 FAX 03-5766-2281	<input type="checkbox"/> 目黒 TEL 03-5449-7111 FAX 03-5449-7778	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213	<input type="checkbox"/> 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228	<input type="checkbox"/> 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062
<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380	<input type="checkbox"/> 大宮 TEL 048-658-6632 FAX 048-658-6633	<input type="checkbox"/> さいたま新都心 TEL 048-858-7772 FAX 048-858-7774	<input type="checkbox"/> 与野 TEL 048-825-6600 FAX 048-825-6605	<input type="checkbox"/> 北浦和 TEL 048-815-1717 FAX 048-815-1711	<input type="checkbox"/> 武蔵浦和 TEL 048-864-6663 FAX 048-864-6666
<input type="checkbox"/> 川口 TEL 048-241-1177 FAX 048-241-1175	<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771	<input type="checkbox"/> 巣鴨 TEL 03-5961-0227 FAX 03-5961-0667	<input type="checkbox"/> 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573	<input type="checkbox"/> 練馬高野台 TEL 03-5923-0056 FAX 03-5923-0125	<input type="checkbox"/> 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013
<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641	<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410	<input type="checkbox"/> 新宿(西新宿) TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738	<input type="checkbox"/> 南新宿(新宿南口) TEL 03-3379-3355 FAX 03-3379-3377	<input type="checkbox"/> 東新宿 TEL 03-3207-7255 FAX 03-3207-7277	<input type="checkbox"/> 府中 TEL 042-330-7188 FAX 042-330-7181
<input type="checkbox"/> 中野 TEL 03-5766-5886 FAX 03-5345-8337	<input type="checkbox"/> 高円寺 TEL 03-5356-2577 FAX 03-5356-2366	<input type="checkbox"/> 武蔵小金井 TEL 042-380-1366 FAX 042-380-1378	<input type="checkbox"/> 立川 TEL 042-548-1225 FAX 042-548-1226		

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) 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。

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
・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。

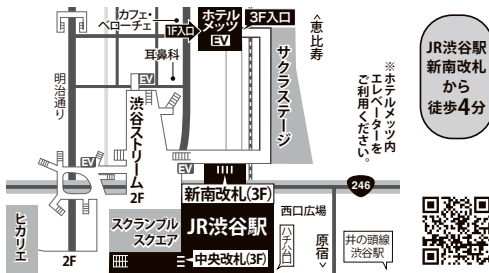
◎その他の方は飲食の制限はありません。

オンライン予約はこちらから▶

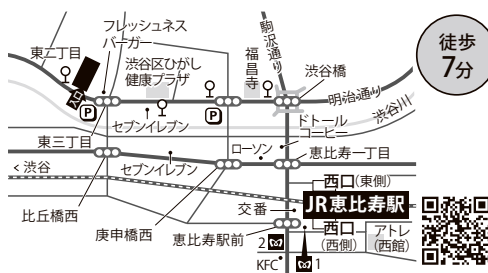
(ホームページからも予約できます。www.medicalscanning.net)



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



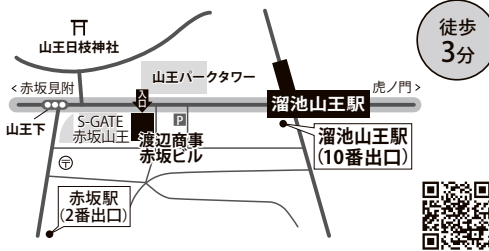
恵比寿 JR恵比寿駅「西口(東側)」
(日比谷線) 恵比寿駅「2番出口」
渋谷区東2-16-9 SANKYO第IIIビル 1F



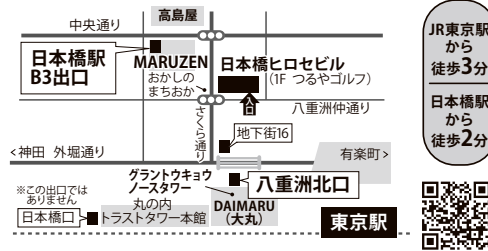
目黒 JR目黒駅「東口」
(南北線・東急目黒線・都営三田線) 目黒駅「正面口」
品川区上大崎2-10-33 コミュニティスペース目黒 1F



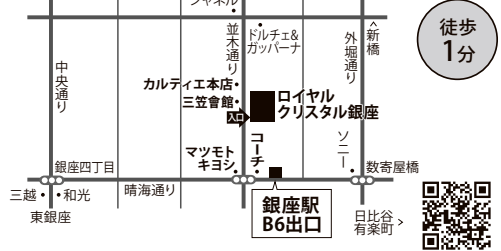
溜池山王 (銀座線・南北線)
溜池山王駅「10番出口」
港区赤坂2-5-7 渡辺商事赤坂ビル1F



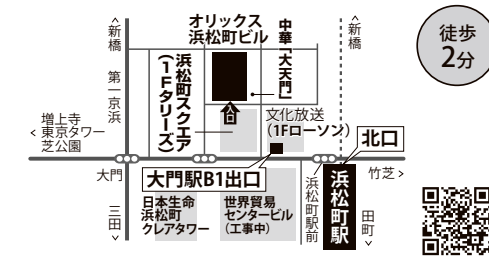
東京 JR東京駅「八重洲北口」
(銀座線・東西線) 日本橋駅「B3出口」
中央区日本橋3-1-17 日本橋ヒロセビル2F



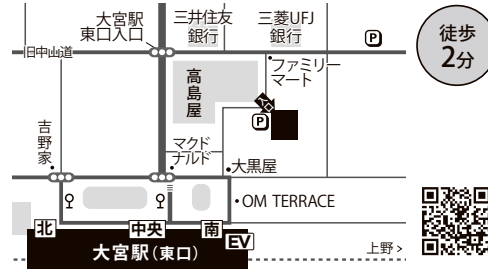
銀座 (銀座線・日比谷線・丸の内線)
銀座駅「B6出口」
中央区銀座5-4-6 ロイヤルクリスタル銀座2F



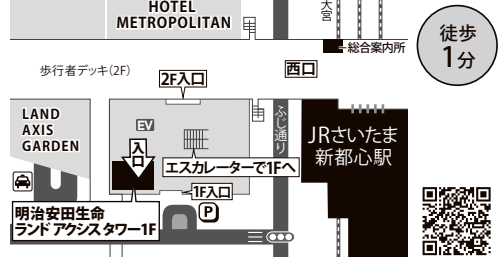
浜松町 JR浜松町駅「北口」
(浅草線・大江戸線) 大門駅「B1出口」
港区浜松町1-24-8 オリックス浜松町ビルB1F



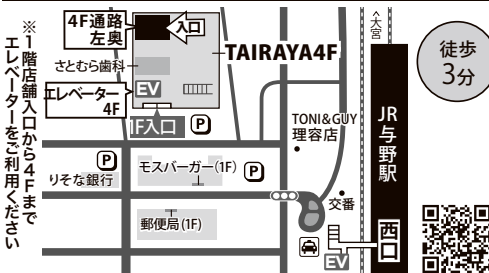
大宮 (JR・東武野田線・ニューシャトル)
大宮駅「東口(中央・南)」
さいたま市大宮区大門町1-61-3 大宮大門一丁目第2別館



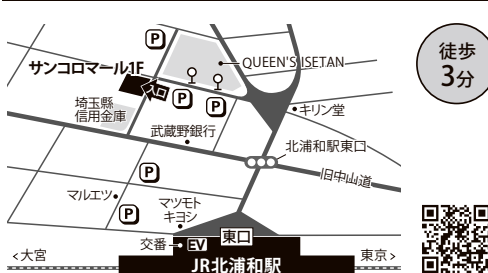
さいたま新都心 JRさいたま新都心駅
「西口」
さいたま市中央区新都心11-2 ランドアクシスタワー1F



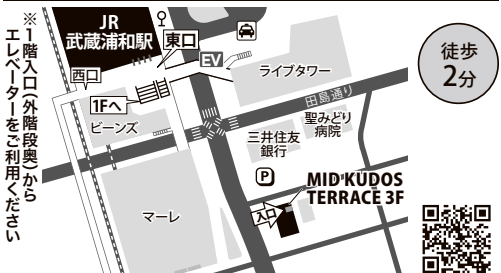
与野 JR与野駅「西口」
さいたま市中央区下落合1027 TAIRAYA与野ビル 4F



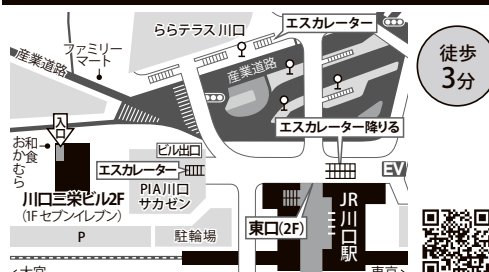
北浦和 JR北浦和駅「東口」
埼玉県さいたま市浦和区北浦和1-3-16 サンコロモール 1F



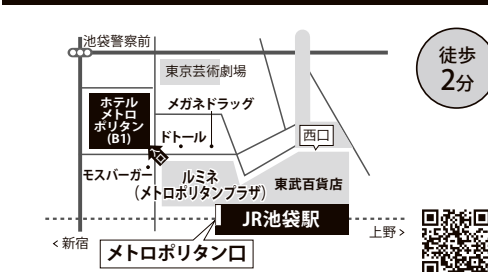
武蔵浦和 JR武蔵浦和駅「東口」
さいたま市南区白幡5-18-19 MID KUDOS TERRACE 3F



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



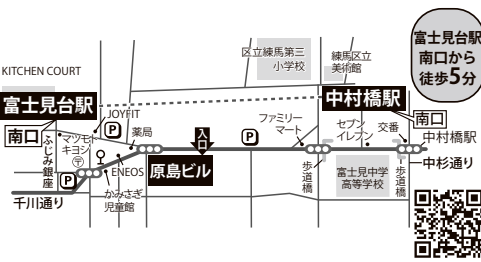
池袋 JR池袋駅「メトロポリタン口」
豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



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」
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



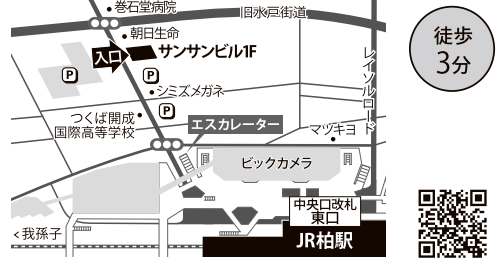
練馬高野台 (西武池袋線) 練馬高野台駅「北口」
練馬区高野台1-5-4 デコラート高野台1F



徒歩1分



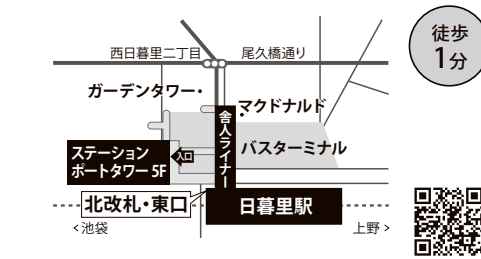
柏 (JR・東武野田線) 柏駅「東口」
千葉県柏市柏2-8-13 サンサンビル1F



徒歩3分



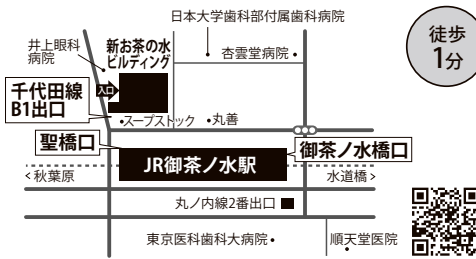
日暮里 (JR・京成線・舎人ライナー) 日暮里駅「北改札・東口」
荒川区西日暮里2-20-1 サンマークシティ日暮里 ステーションポータタワー5F



徒歩1分



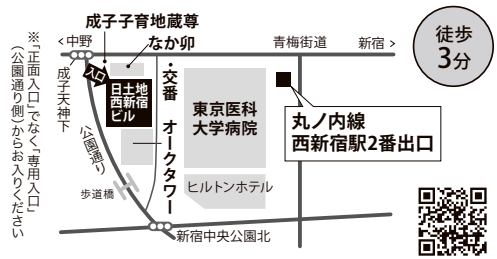
お茶の水 JR御茶ノ水駅「聖橋口」
(千代田線) 新御茶ノ水駅「B1出口」
千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F



徒歩1分



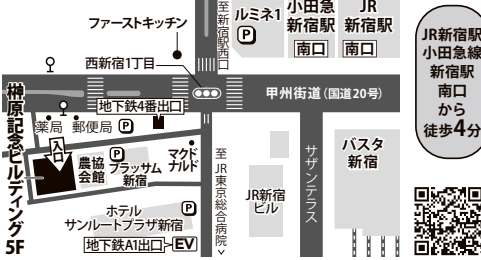
新宿(西新宿) (丸の内線) 西新宿駅「2番出口」
新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル1F



徒歩3分



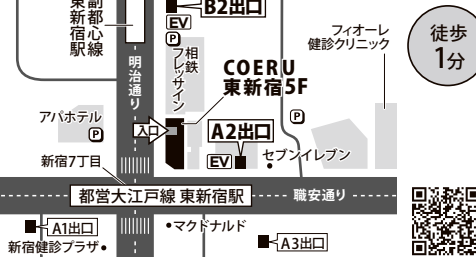
南新宿(新宿南口) (JR・小田急線) 新宿駅「南口」
渋谷区代々木2-5-4 榎原記念ビルディング5F



徒歩4分



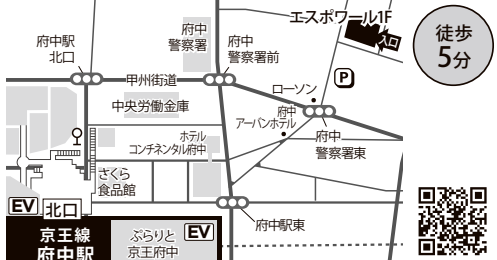
東新宿 (都営大江戸線・副都心線) 東新宿駅「A2出口」「B2出口」
新宿区新宿7-27-6 COERU東新宿5F



徒歩1分



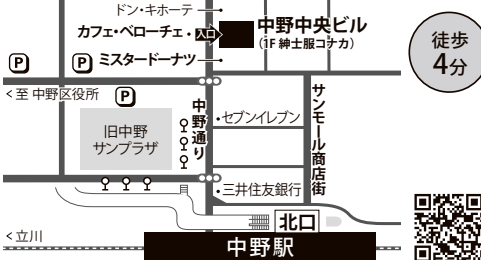
府中 (京王線) 府中駅「北口」
府中市府中町2-13-2 エスポワール1F



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



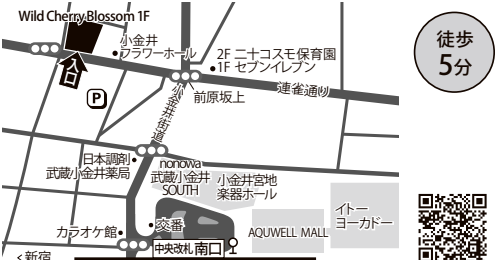
高円寺 JR高円寺駅「北口」
杉並区高円寺北2-3-3 WHARF高円寺2F



徒歩2分



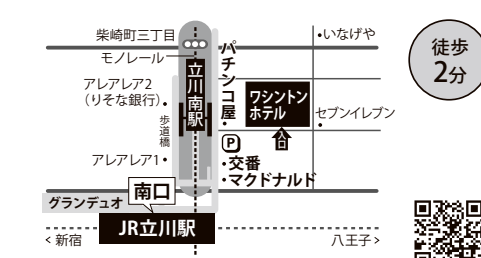
武蔵小金井 JR武蔵小金井駅「中央改札南口」
小金井市中町4-15-14 GH01小金井 (Wild Cherry Blossom) 1F



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20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ンニング所在地

