

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

年 月 日

紹介元医療機関名の所在地及び名称

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	☐ 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	☐ 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	☐ 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	☐ 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	☐ 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¥10,000 税別)

※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

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 C D R

☐ 要 ☐ 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

SDN04 ①メディカルスキャニング用

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

年

月

日

紹介元医療機関名の所在地及び名称

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 03-5778-2908 03-5778-2904 03-5468-0055	恵比寿 03-5766-6337 03-5766-2281 03-5774-7070	溜池山王クリニック 03-5778-2650 03-3568-3213 03-5545-7222	東京 03-3243-1230 03-3243-1228 03-3510-0056	銀座 03-5766-5850 03-6274-0062 03-3575-5607	浜松町 03-5766-6810 03-6402-5380 03-6402-7715
大宮 048-658-6632 048-658-6633 048-650-2388	北浦和 048-814-0177 048-815-1711 048-815-1717	池袋 03-5778-2925 03-5985-0771 03-5957-2227	富士見台 03-5766-6333 03-5971-5573 03-5987-0056	日暮里 03-5778-2890 03-5850-5641 03-5615-1577	お茶の水 03-5778-2907 03-5283-6410 03-5217-1277
新宿 03-5778-2906 03-5339-8738 03-5909-5277	府中 042-330-7188 042-330-7181 042-314-7000	中野 03-5766-5886 03-5345-8337 03-5318-0237	武蔵小金井 042-380-1366 042-380-1378 042-380-1377	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

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¥10,000 税別)

※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―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

頭部(頭部・顔面・顎関節)

頸部(耳鼻)

胸部(肺・縦隔・心)

その他(左・右)

傷病名・紹介目的

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

●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

要

簡易viewer付

簡易viewer無

不要

デキサはフィルムなし

不要

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

SDN04
②貴院控え

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)

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

年 月 日

紹介元医療機関名の所在地及び名称

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	☐ 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	☐ 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	☐ 富士見台 TEL 03-5766-6333 FAX 03-5971-5573 TEL 03-5987-0056	☐ 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	☐ 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)

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。

月 日 午前 午後 時 分より

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

血液検査(別料金)

読影(別料金)

☐ 全歯解析 ☐ 部分解析

☐ Basic(13種類) ☐ Standard(46種類) ☐ なし追加

☐ 希望する(料金¥10,000 税別)

両顎・上顎・下顎

部位()

※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。

※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

撮影部位

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。

☐ 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)

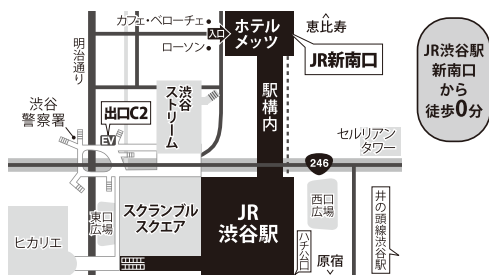
◎造影検査を受ける方は検査4時間前から食事はしないでください。

※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。

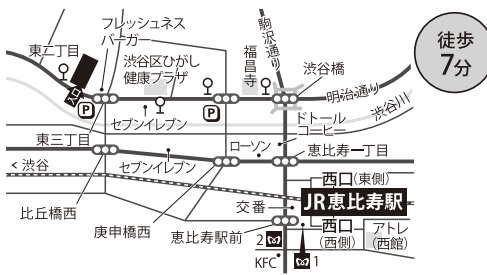
渋谷 JR渋谷駅「新南口」

渋谷区渋谷3-29-17 JR東日本ホテルメッツ渋谷2F



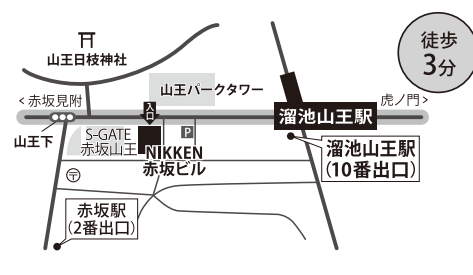
恵比寿 JR恵比寿駅「西口(東側)」

(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



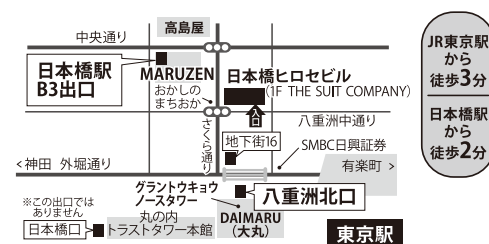
溜池山王 (銀座線・南北線)

溜池山王駅「10番出口」
東京都港区赤坂2-5-7 NIKKEN赤坂ビル1F



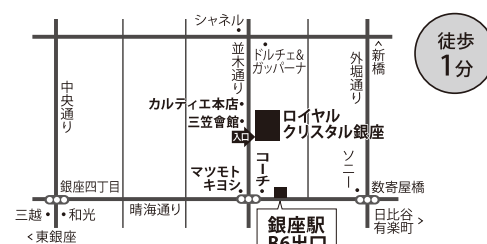
東京 JR東京駅「八重洲北口」

(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



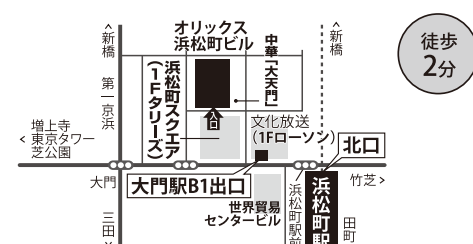
銀座 (銀座線・日比谷線・丸ノ内線)

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



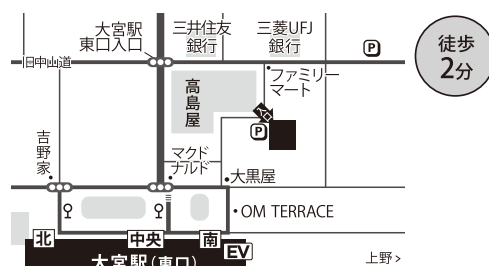
浜松町 JR浜松町駅「北口」

(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



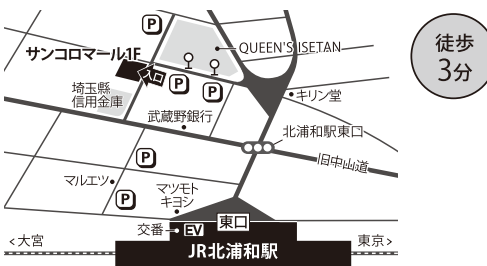
大宮 (JR・東武野田線・ニューシャトル)

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



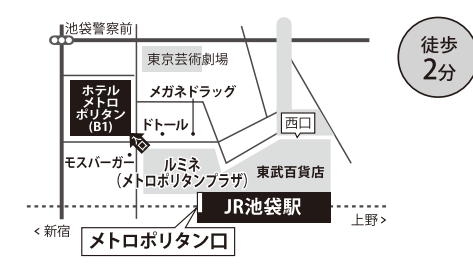
北浦和 JR北浦和駅「東口」

埼玉県さいたま市浦和区北浦和1-3-16 サンコロマル1F



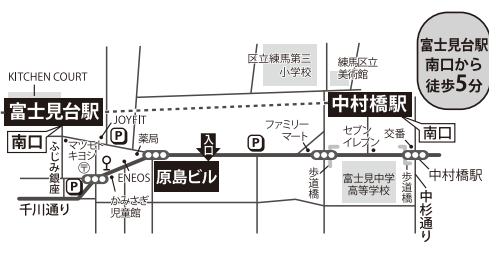
池袋 JR池袋駅「メトロポリタン口」

豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



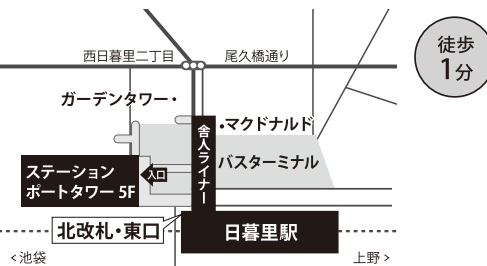
富士見台 (西武池袋線)

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



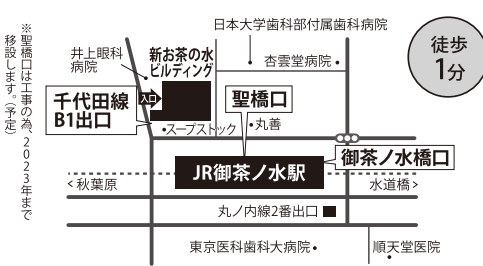
日暮里 (JR・京成線・舎人ライナー)

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



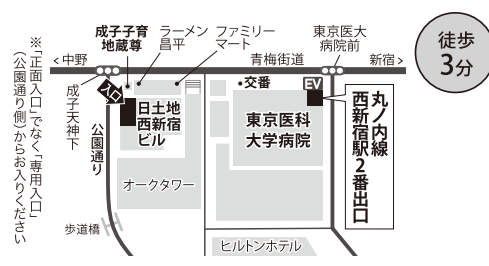
お茶の水 JR御茶ノ水駅「聖橋口」

(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



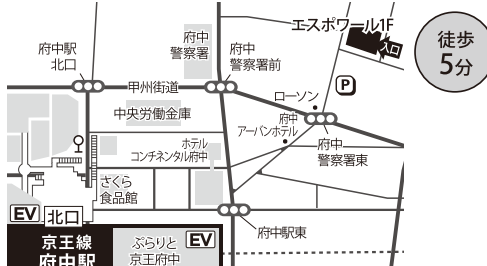
新宿 (丸の内線) 西新宿駅「2番出口」

新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル1F



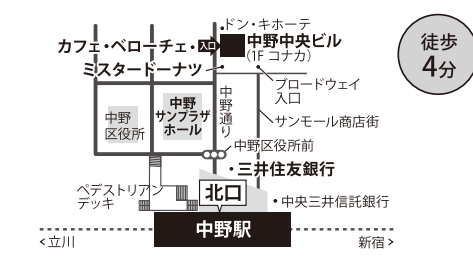
府中 (京王線)

府中駅「北口」
府中市府中町2-13-2 エスポワール1F



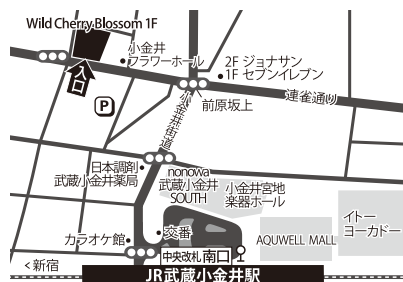
中野 (JR・東西線) 中野駅「北口」

中野区中野5-68-2 中野中央ビル3F



武蔵小金井 JR武蔵小金井駅「中央改札 南口」

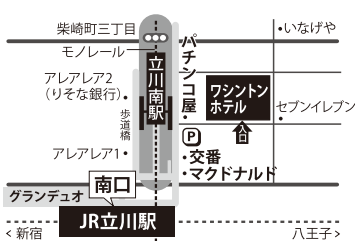
小金井市中町4-15-14 GH01小金井 (Wild Cherry Blossom) 1F



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

ご注意
メディカルスキャニング
立川・立川北口
2施設ございます。

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14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

