

# 診療情報提供書 歯科用

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

メディカルスキャニング用(検査依頼票)

[東エリア]

年 月 日

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

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

<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056	<input type="checkbox"/> 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222
<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<input type="checkbox"/> 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	<input type="checkbox"/> 千葉 TEL 043-254-5670 FAX 043-254-5673 TEL 043-256-6200	<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。(4枚目裏をご参照ください。) | 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
<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部・顔面・顎関節)	既往歴及び家族歴・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)	現在の処方・備考
<input type="checkbox"/> その他(左・右)	

▼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(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クランプ・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	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。
●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為)	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。
●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。
●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  
CDR  要 <  簡易 viewer 付  不要  
 要  簡易 viewer 無

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

SDE02 ①メディカルスキャニング用

# 診療情報提供書 歯科用

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

メディカルスキャニング用(検査依頼票) [東エリア]

年 月 日

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

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

<input type="checkbox"/> お茶の水 TEL 03-5778-2907 FAX 03-5283-6410 TEL 03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 TEL 03-5778-2906 FAX 03-5339-8738 TEL 03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228 TEL 03-3510-0056	<input type="checkbox"/> 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062 TEL 03-3575-5607	<input type="checkbox"/> 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380 TEL 03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213 TEL 03-5545-7222
<input type="checkbox"/> 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771 TEL 03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641 TEL 03-5615-1577	<input type="checkbox"/> 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013 TEL 04-7167-0067	<input type="checkbox"/> 千葉 TEL 043-254-5670 FAX 043-254-5673 TEL 043-256-6200		

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 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 (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
<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部・顔面・顎関節)	既往歴及び家族歴・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)	現在の処方・備考
<input type="checkbox"/> その他(左・右)	

▼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(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クランプ・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。		Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は不可。
●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 <  簡易 viewer 付  不要  
 簡易 viewer 無

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

SDE02  
② 貴院控え

# 診療情報提供書 歯科用

MEDICAL SCANNING

メディカルスキャニング

メディカルスキャニング用(検査依頼票) [東エリア]

年 月 日

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

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

<input type="checkbox"/> お茶の水 ☎03-5778-2907 ☎03-5283-6410 ☎03-5217-1277	<input type="checkbox"/> 新宿 ☎03-5778-2906 ☎03-5339-8738 ☎03-5909-5277	<input type="checkbox"/> 東京 ☎03-3243-1230 ☎03-3243-1228 ☎03-3510-0056	<input type="checkbox"/> 銀座 ☎03-5766-5850 ☎03-6274-0062 ☎03-3575-5607	<input type="checkbox"/> 浜松町 ☎03-5766-6810 ☎03-6402-5380 ☎03-6402-7715	<input type="checkbox"/> 溜池山王クリニック ☎03-5778-2650 ☎03-3568-3213 ☎03-5545-7222
<input type="checkbox"/> 池袋 ☎03-5778-2925 ☎03-5985-0771 ☎03-5957-2227	<input type="checkbox"/> 日暮里 ☎03-5778-2890 ☎03-5850-5641 ☎03-5615-1577	<input type="checkbox"/> 柏 ☎04-7167-0011 ☎04-7167-0013 ☎04-7167-0067	<input type="checkbox"/> 千葉 ☎043-254-5670 ☎043-254-5673 ☎043-256-6200	<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。(4枚目裏をご参照ください。) | 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  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。

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 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。

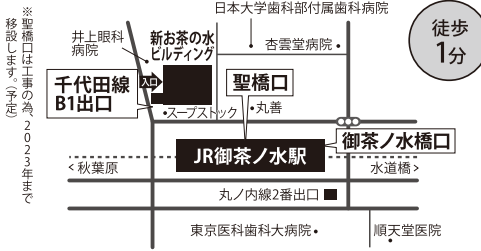
所用時間(受付～会計) およそ60分を目安にしてください(診療の都合で多少お待たせする場合がございます)

◎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。

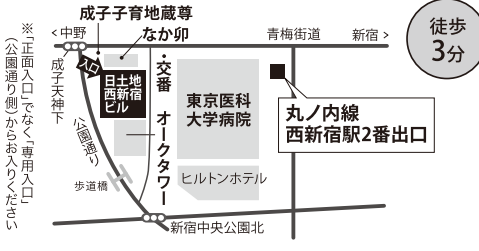
\*水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものは取らないでください。

◎その他の方は飲食の制限はありません。

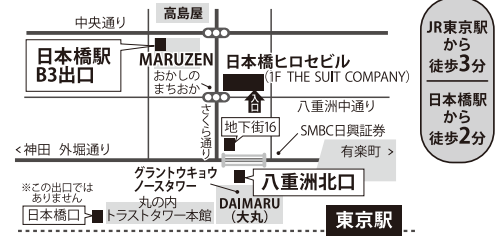
**お茶の水** JR御茶ノ水駅「聖橋口」  
(千代田線) 新御茶ノ水駅「B1出口」  
千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F



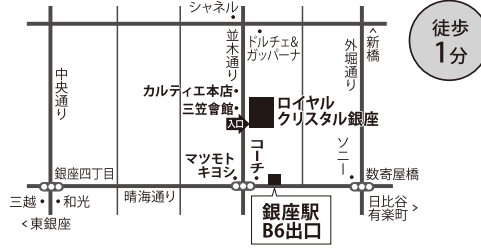
**新宿** (丸の内線) 西新宿駅「2番出口」  
新宿区西新宿6-10-1 土地西新宿ビル1F



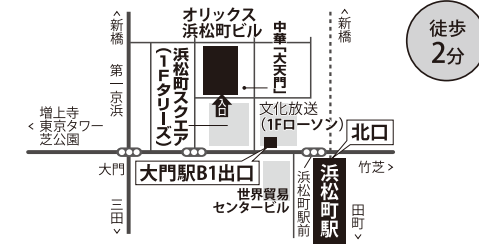
**東京** JR東京駅「八重洲北口」  
(銀座線・東西線) 日本橋駅「B3出口」  
中央区日本橋3-1-17 日本橋ヒロセビル2F



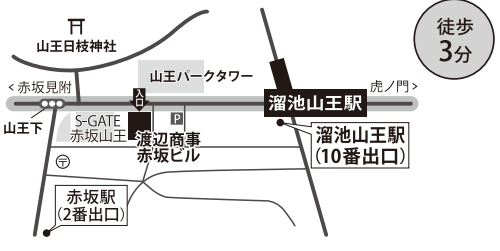
**銀座** (銀座線・日比谷線・丸の内線) 銀座駅「B6出口」  
中央区銀座5-4-6 ロイヤルクリスタル銀座2F



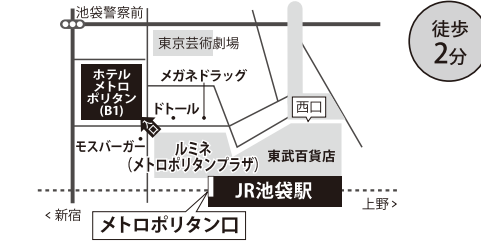
**浜松町** JR浜松町駅「北口」  
(浅草線・大江戸線) 大門駅「B1出口」  
港区浜松町1-24-8 オリックス浜松町ビル1F



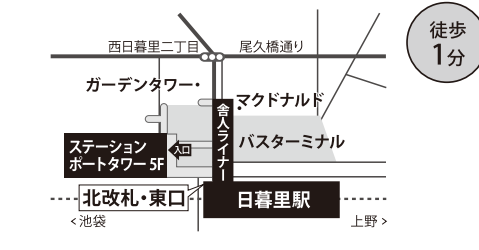
**溜池山王** (銀座線・南北線) 溜池山王駅「10番出口」  
港区赤坂2-5-7 渡辺商事赤坂ビル1F



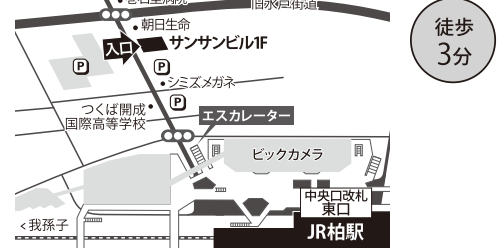
**池袋** JR池袋駅「メトロポリタン口」  
豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



**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 サンマーケシティ日暮里ステーションポータータワー5F



**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



**千葉** JR千葉駅「西改札北口」「中央改札千葉公園口」  
(千葉都市モノレール・京成電鉄) 千葉駅  
千葉市中央区弁天1-5-1 オープスビルディング 地下1F

