

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

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) **東エリア**

オンライン予約はこちらから▼  
www.medicalscanning.net

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：メディカルスキャニング

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

既往歴及び家族歴・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)

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

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、安定性が低下する危険性があります。お電話ください。

●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( )

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( )

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 ☐ 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

MEDICAL SCANNING ①メディカルスキャニング用 SDE03  
メディカルスキャニング

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

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) 東エリア

オンライン予約はこちらから▼

www.medicalscanning.net

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：メディカルスキャニング

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

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。

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

C D R

☐ 要 ☐ 要< ☐ 簡易 viewer 付 ☐ 簡易 viewer 無

☐ 不要

お問い合わせ電話番号 03-5778-2905

MEDICAL SCANNING  
メディカルスキャニング

SDE03  
②貴院控え

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

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) **東エリア**

オンライン予約はこちらから▼  
www.medicalscanning.net

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：メディカルスキャニング

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

☐ 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¥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          | 保険証・診療情報提供書<br>(紹介元医療機関から渡されたもの)<br>※インプラントCT撮影は自費検査となりますが、カルテ<br>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<br>(受付～会計) | およそ <b>40分</b> を目安にしてください<br>(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)<br>※自費診療となる場合もあります。      |
| 所用時間<br>(受付～会計) | およそ <b>60分</b> を目安にしてください<br>(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。

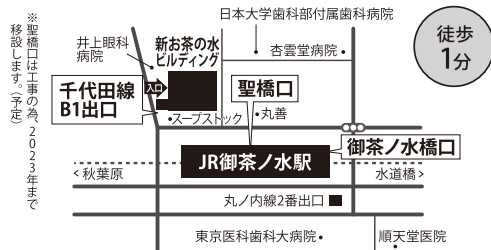
◎その他の方は飲食の制限はありません。

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)



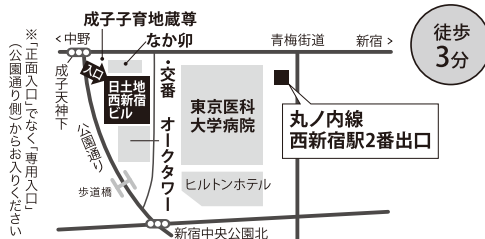
## お茶の水

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



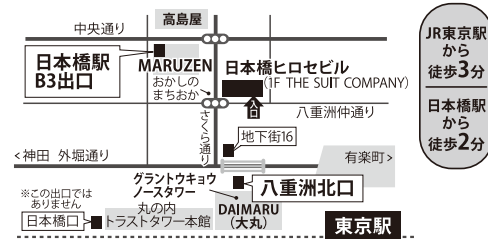
## 新宿

(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



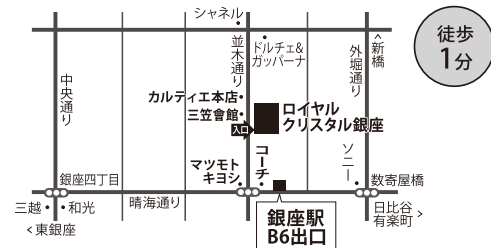
## 東京

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



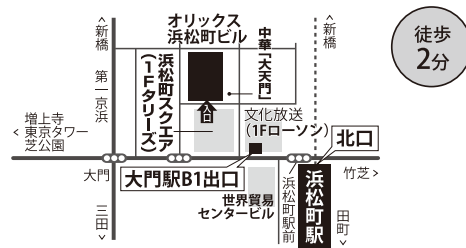
## 銀座

(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



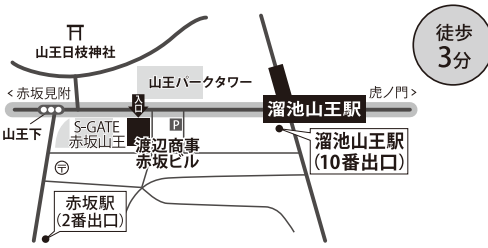
## 浜松町

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



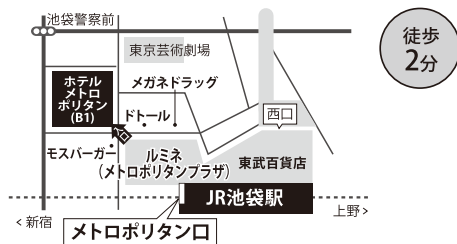
## 溜池山王

(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



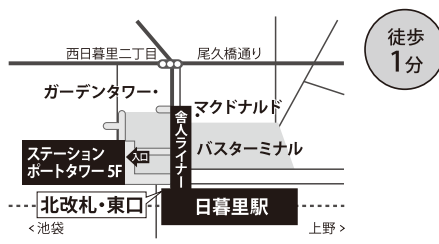
## 池袋

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 サンマークシティ日暮里ステーションポートタワー5F



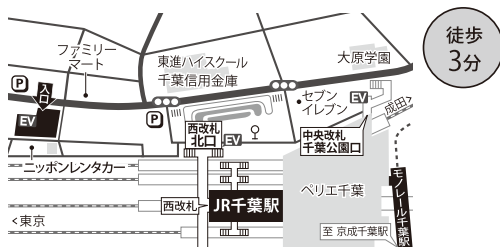
## 柏

(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



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 26 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](http://www.medicalscanning.net)

