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

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

ー　　ー

紹介元医療機関名の所在地及び名称　　年　月　日

電話番号　　ー　　ー

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　　代表番号：03-5778-2905

□ お茶の水 TEL03-5778-2907 FAX03-5283-6410	□ 新宿(西新宿) TEL03-5778-2906 FAX03-5339-8738	□ 南新宿(新宿南口) TEL03-3379-3355 FAX03-3379-3377	□ 東京 TEL03-3243-1230 FAX03-3243-1228	□ 銀座 TEL03-5766-5850 FAX03-6274-0062	□ 溜池山王クリニック TEL03-5778-2650 FAX03-3568-3213
□ 浜松町 TEL03-5766-6810 FAX03-6402-5380	□ 池袋 TEL03-5778-2925 FAX03-5985-0771	□ 日暮里 TEL03-5778-2890 FAX03-5850-5641	□ 柏 TEL04-7167-0011 FAX04-7167-0013	□ 千葉 TEL043-254-5670 FAX043-254-5673	□
□	□	□	□	□	□

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)

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 ＿＿＿＿＿＿へ

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

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)	
□頚部(耳鼻)	現病歴(傷病名・症状経過及び検査結果・治療経過)
□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) 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	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●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 CDR	□要	□不要 デキサはフィルムなし
	□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) 東エリア

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

ー　ー

紹介元医療機関名の所在地及び名称　　年　月　日

電話番号　ー　ー

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　　代表番号：03-5778-2905

□ お茶の水 TEL03-5778-2907 FAX03-5283-6410	□ 新宿(西新宿) TEL03-5778-2906 FAX03-5339-8738	□ 南新宿(新宿南口) TEL03-3379-3355 FAX03-3379-3377	□ 東京 TEL03-3243-1230 FAX03-3243-1228	□ 銀座 TEL03-5766-5850 FAX03-6274-0062	□ 溜池山王クリニック TEL03-5778-2650 FAX03-3568-3213
□ 浜松町 TEL03-5766-6810 FAX03-6402-5380	□ 池袋 TEL03-5778-2925 FAX03-5985-0771	□ 日暮里 TEL03-5778-2890 FAX03-5850-5641	□ 柏 TEL04-7167-0011 FAX04-7167-0013	□ 千葉 TEL043-254-5670 FAX043-254-5673	□
□	□	□	□	□	□

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)

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	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	(左)

(右)

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 ＿＿＿＿＿＿へ

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

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) □頚部(耳鼻) □胸部(肺 縦隔 心) □その他(左・右)	現病歴(傷病名・症状経過及び検査結果・治療経過)

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[　　] ●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	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●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 CDR	□要	□不要 デキサはフィルムなし
	□要 <□簡易viewer付 □簡易viewer無	□不要

MEDICAL SCANNING メディカルスキャニング

SDE04
②貴院控え

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

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

ー　ー

紹介元医療機関名の所在地及び名称　　年　月　日

電話番号　ー　ー

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　　代表番号：03-5778-2905

□お茶の水 TEL03-5778-2907 FAX03-5283-6410	□新宿(西新宿) TEL03-5778-2906 FAX03-5339-8738	□南新宿(新宿南口) TEL03-3379-3355 FAX03-3379-3377	□東京 TEL03-3243-1230 FAX03-3243-1228	□銀座 TEL03-5766-5850 FAX03-6274-0062	□溜池山王クリニック TEL03-5778-2650 FAX03-3568-3213
□浜松町 TEL03-5766-6810 FAX03-6402-5380	□池袋 TEL03-5778-2925 FAX03-5985-0771	□日暮里 TEL03-5778-2890 FAX03-5850-5641	□柏 TEL04-7167-0011 FAX04-7167-0013	□千葉 TEL043-254-5670 FAX043-254-5673	□
□	□	□	□	□	□

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)

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。

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

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)
□頚部(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 健康保険証 ・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、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 健康保険証 ・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。

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)

MEDICAL SCANNING メディカルスキャニング

SDE04
③患者控え

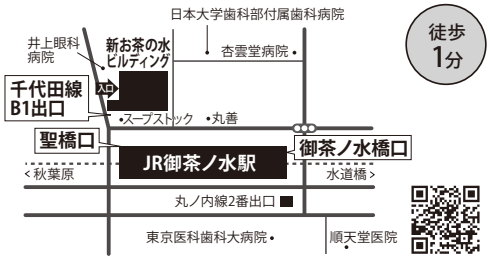
MEDICAL SCANNING
メディカルスキャニング

お問合せ・ご予約(共通)
＊予約時刻に遅れる場合、お電話ください。
03-5778-2905

www.medicalscanning.net
＊HPにも詳しい地図が載っています。

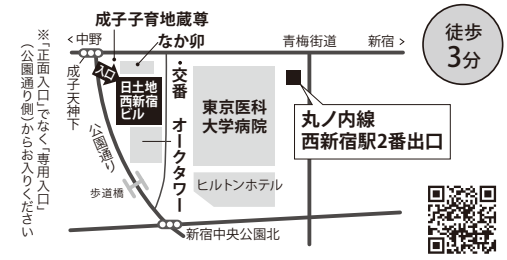
お茶の水 JR御茶ノ水駅「聖橋口」 (千代田線)新御茶ノ水駅「B1出口」

千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F



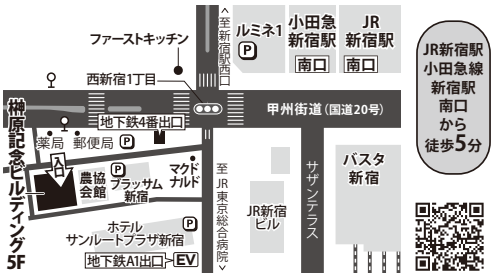
新宿(西新宿) (丸の内線)西新宿駅「2番出口」

新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル1F



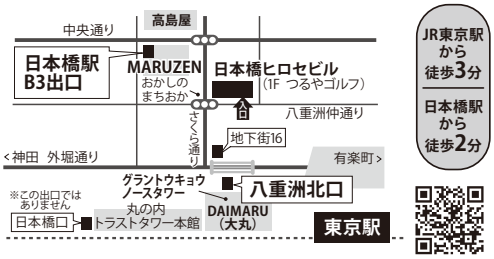
南新宿(新宿南口) (JR・小田急線)新宿駅「南口」

渋谷区代々木2-5-4 榊原記念ビルディング5F



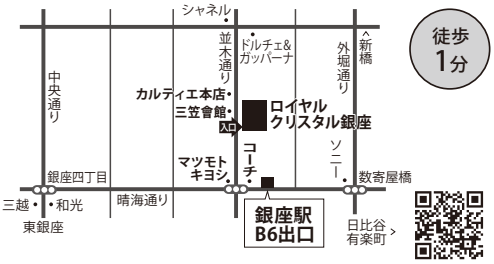
東京 JR東京駅「八重洲北口」 (銀座線・東西線)日本橋駅「B3出口」

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」

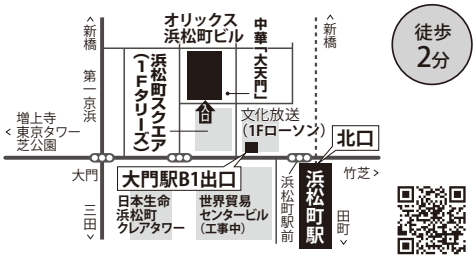
中央区銀座5-4-6 ロイヤルクリスタル銀座2F



浜松町 JR浜松町駅「北口」

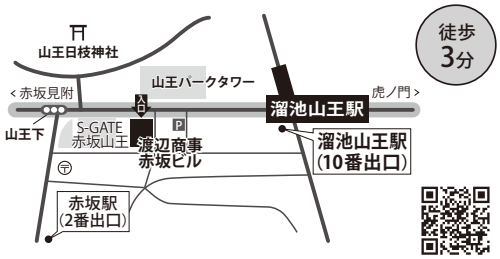
(浅草線・大江戸線)大門駅「B1出口」

港区浜松町1-24-8 オリックス浜松町ビルB1F



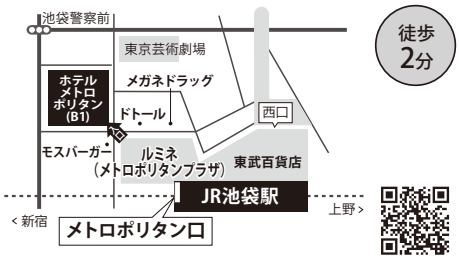
溜池山王 (銀座線・南北線)溜池山王駅「10番出口」

港区赤坂2-5-7 渡辺商事赤坂ビル1F



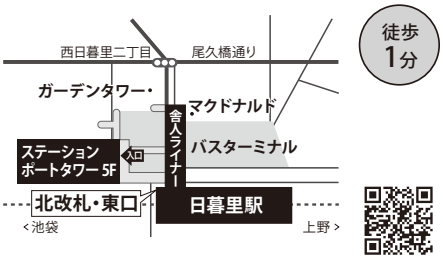
池袋 JR池袋駅「メトロポリタン口」

豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



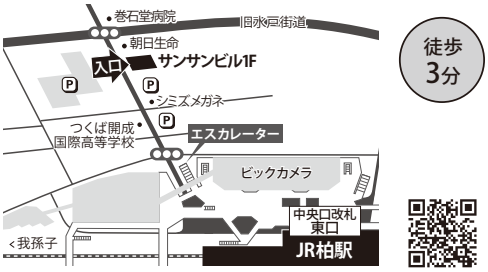
日暮里 (JR・京成線・舎人ライナー)日暮里駅-北改札-「東口」

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」

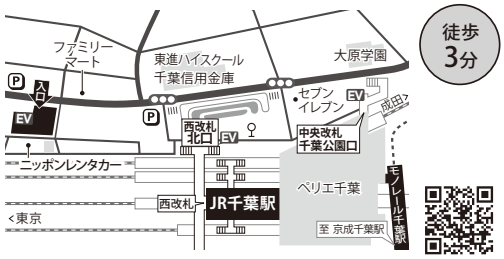
千葉県柏市柏2-8-13 サンサンビル1F



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 オーパスビルディング 地下1F

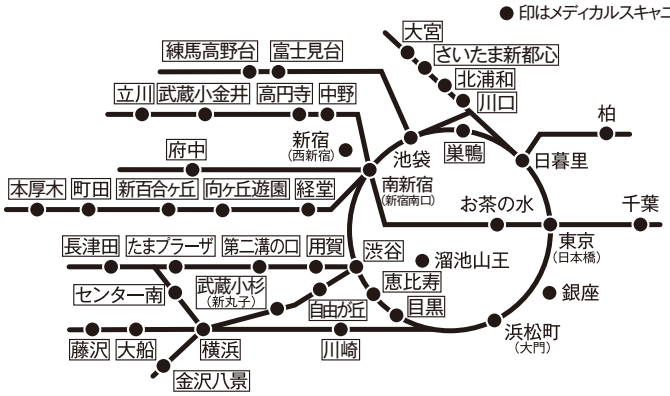


記載のない地図は FAX または郵送いたします。

TEL:03-5778-2905

上記の他に □ で囲んだ32 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