

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) 北エリア

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

ご担当医師名

☐ 歯科 ☐ 口腔外科 ☐ (科)

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

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

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

紹介目的

☐ 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)

☐ 頸部 (耳鼻)

☐ 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)

M R I

●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

●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性

●ぜん息・アレルギーの既往

●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、検査ができない場合があります。応相談。

C T

●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。透析中の方は不可。

フィルム C D R

☐ 要 ☐ 要< ☐ 簡易 viewer 付 ☐ 簡易 viewer 無

☐ 不要 デキサはフィルムなし ☐ 不要

MEDICAL SCANNING
メディカルスキャニング

SDN14
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) 北エリア

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 代表番号：03-5778-2905

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

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

紹介目的

☐ 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)

☐ 頸部 (耳鼻)

☐ 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)

M R I

●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

●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性

●ぜん息・アレルギーの既往

●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、検査ができない場合があります。応相談。

C T

●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。透析中の方は不可。

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

MEDICAL SCANNING ①メディカルスキャニング用 SDN14
メディカルスキャニング

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

☐ 歯科

☐ 口腔外科

☐ (

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

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

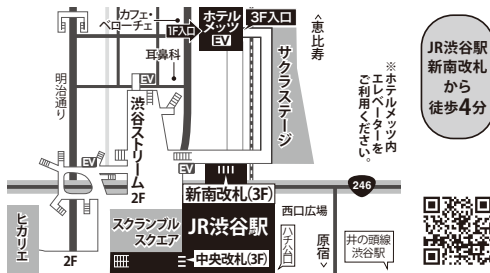
オンライン予約はこちらから▶

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



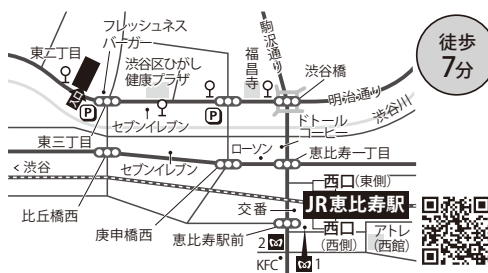
渋谷 JR渋谷駅「新南改札」

渋谷区渋谷3-29-17 JR東日本ホテルメッツ渋谷2F



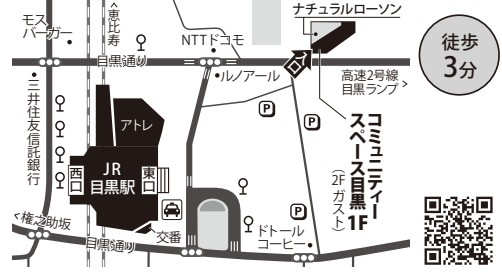
恵比寿 JR恵比寿駅「西口(東側)」

(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



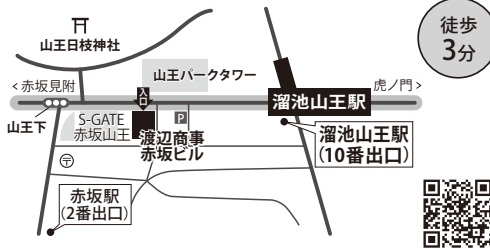
目黒 JR目黒駅「東口」

(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



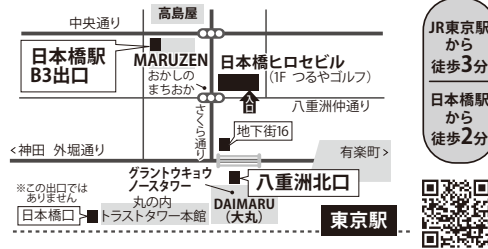
溜池山王 (銀座線・南北線)

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



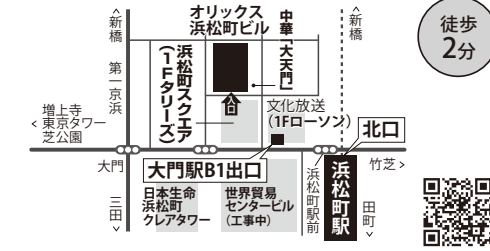
銀座 (銀座線・日比谷線・丸の内線)

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



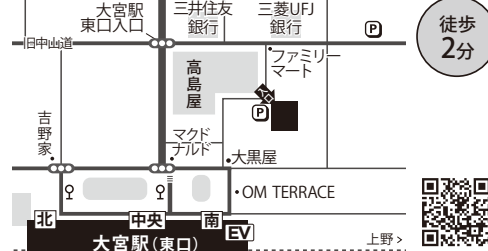
浜松町 JR浜松町駅「北口」

(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



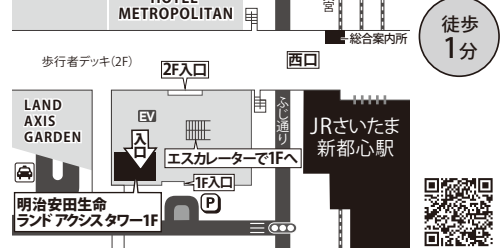
大宮 (JR・東武野田線・ニューシャトル)

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



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



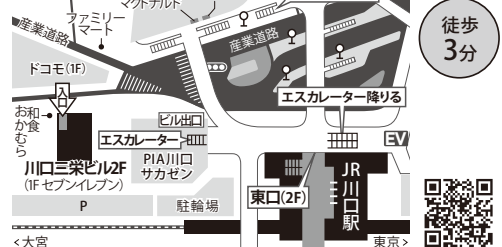
武蔵浦和 JR武蔵浦和駅「東口」

さいたま市南区白幡5-18-19 MID KUDOS TERRACE 3F



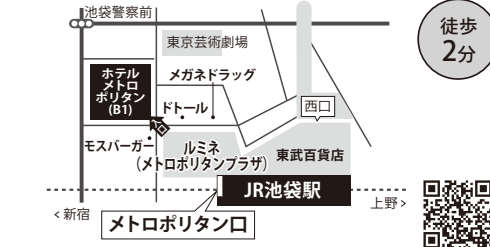
川口 JR川口駅「東口」

埼玉県川口市栄町3-1-14 川口三栄ビル2F



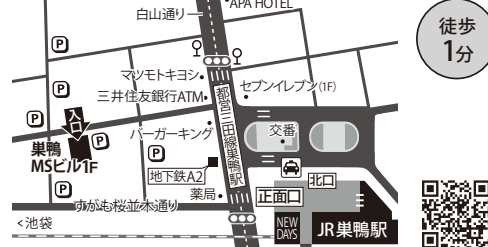
池袋 JR池袋駅「メトロポリタン口」

豊島区西池袋1-6-1 ホテルメトロポリタンB1F



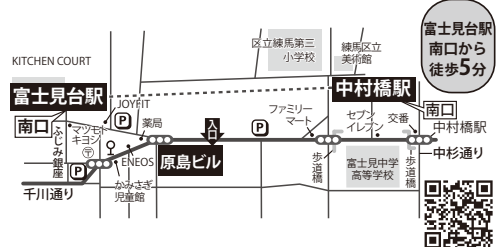
巣鴨 JR巣鴨「正面口・北口」

(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



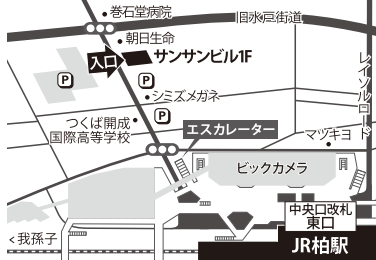
練馬高野台 (西武池袋線) 練馬高野台駅「北口」 練馬区高野台1-5-4 デコラート高野台1F



徒歩
1分



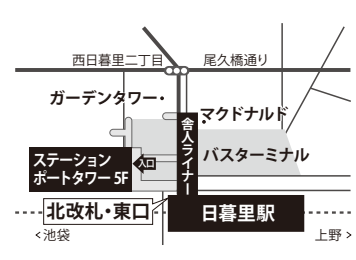
柏 (JR・東武野田線) 柏駅「東口」 千葉県柏市柏2-8-13 サンサンビル1F



徒歩
3分



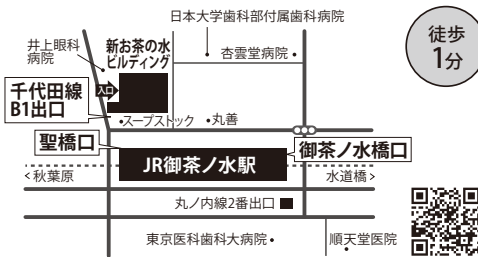
日暮里 (JR・京成線・舎人ライナー) 日暮里駅-北改札-「東口」 荒川区西日暮里2-20-1 サンマークシティ日暮里ステーションポータータワー5F



徒歩
1分



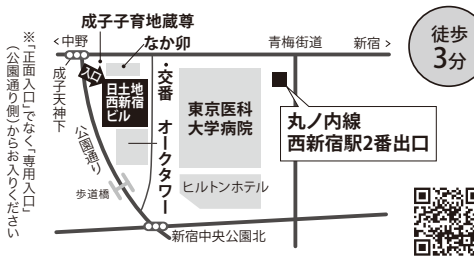
お茶の水 JR御茶ノ水駅「聖橋口」 (千代田線) 新御茶ノ水駅「B1出口」 千代田区神田駿河台4-3 新お茶の水ビルディング1F



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



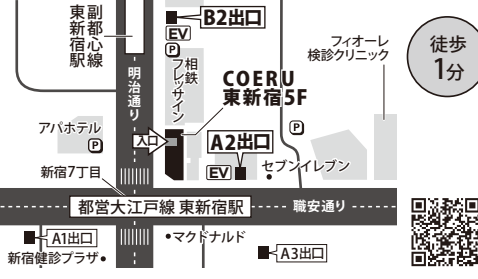
南新宿(新宿南口) (JR・小田急線) 新宿駅「南口」 渋谷区代々木2-5-4 榎原記念ビルディング5F



徒歩
4分



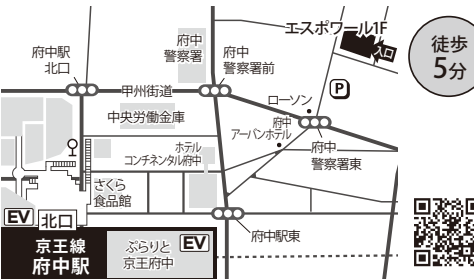
東新宿 (都営大江戸線・副都心線) 東新宿駅「A2出口」「B2出口」 新宿区新宿7-27-6 COERU東新宿5F



徒歩
1分



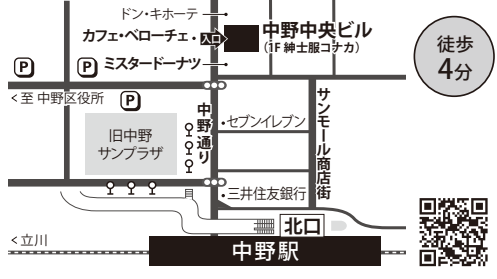
府中 (京王線) 府中駅「北口」 府中市府中町2-13-2 エスポワール1F



徒歩
5分



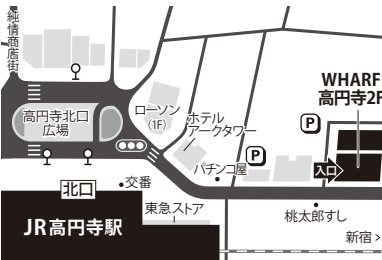
中野 (JR・東西線) 中野駅「北口」 中野区中野5-68-2 中野中央ビル3F



徒歩
4分



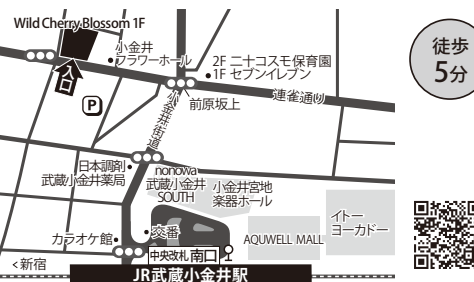
高円寺 JR高円寺駅「北口」 杉並区高円寺北2-3-3 WHARF高円寺2F



徒歩
2分



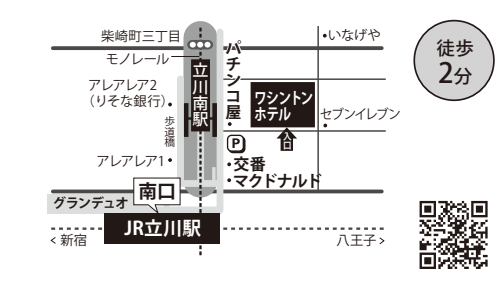
武蔵小金井 JR武蔵小金井駅「中央改札 南口」 小金井市中町4-15-14 GH01小金井 (Wild Cherry Blossom) 1F



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18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