

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)

東エリア

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)

オンライン予約はこちらから▼

www.medicalscanning.net

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	☐ 東新宿 TEL03-3207-7255 FAX03-3207-7277	☐ 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	☐ 船橋 TEL047-421-3555 FAX047-421-3557
☐ 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

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

(右)

下顎

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

(左)

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

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)

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

●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

①メディカルスキャニング用

SDE05

氏名

生年月日 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) 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 (印)

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	☐ 東新宿 TEL03-3207-7255 FAX03-3207-7277	☐ 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	☐ 船橋 TEL047-421-3555 FAX047-421-3557
☐ 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―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)
☐ 頸部 (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)

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 SDE05 ②貴院控え

氏名

生年月日

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) 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

ご担当医師名

☐ 歯科 ☐ 口腔外科 ☐ (科)

印

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 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	☐ 東京 TEL 03-3243-1230 FAX 03-3243-1228	☐ 銀座 TEL 03-5766-5850 FAX 03-6274-0062
☐ 溜池山王クリニック TEL 03-5778-2650 FAX 03-3568-3213	☐ 浜松町 TEL 03-5766-6810 FAX 03-6402-5380	☐ 池袋 TEL 03-5778-2925 FAX 03-5985-0771	☐ 日暮里 TEL 03-5778-2890 FAX 03-5850-5641	☐ 柏 TEL 04-7167-0011 FAX 04-7167-0013	☐ 船橋 TEL 047-421-3555 FAX 047-421-3557
☐ 千葉 TEL 043-254-5670 FAX 043-254-5673	☐	☐	☐	☐	☐

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。

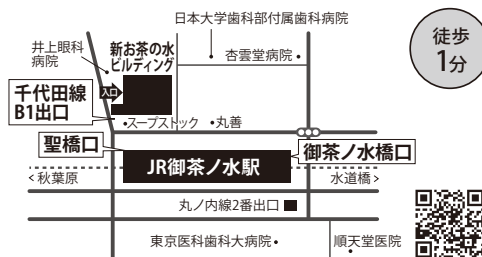
◎その他の方は飲食の制限はありません。

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)



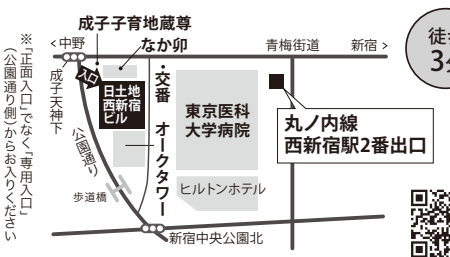
お茶の水

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



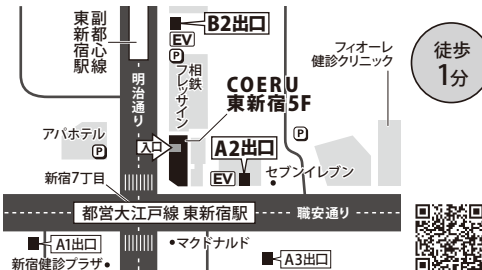
南新宿(新宿南口)

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



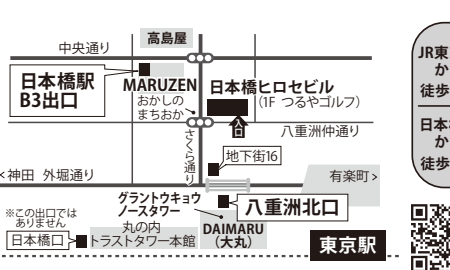
東新宿

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



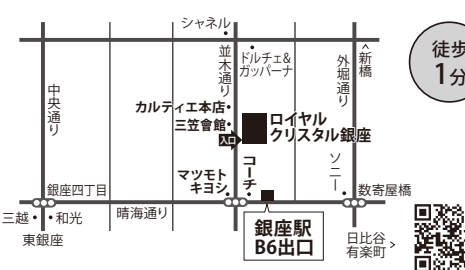
東京

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



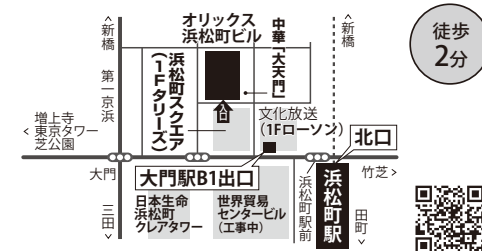
銀座

(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



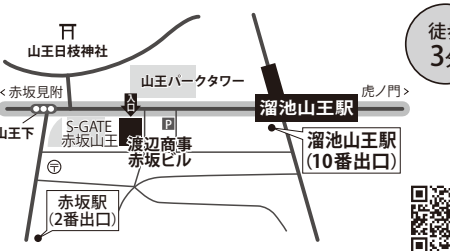
浜松町

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



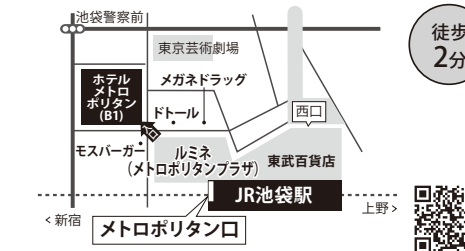
溜池山王

(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



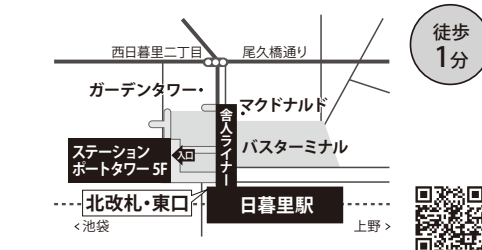
池袋

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



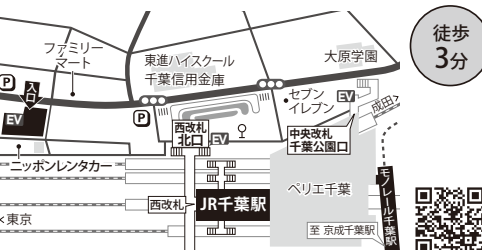
船橋

JR船橋駅「北口」・東武船橋駅
京成船橋駅「東側出口」
千葉県船橋市本町5-2-20 TARO BASE 1F



千葉

JR千葉駅「西改札北口」
(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
35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

