

関係者各位 殿

医療法人 惻隠会  
理事長 木村 練  
(公印省略)

### MR I検査、読影診断ご利用のお知らせ

拝啓 新緑の候 皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶びを申し上げます。

平成17年8月にMR I装置を導入し、施設内外にて操作の習熟に努めて参りました。さらにこの度、診断放射線科専門医、小池晋司医師（日本医学放射線学会認定専門医）による遠隔画像診断が可能となり、平成18年6月より諸先生方のご依頼がございましたら、全身各部位のMR I撮影、読影診断がご利用いただけるようになりました。

なお、検査予約につきましては、下記連絡先までFAXでご連絡いただけましたら、即日撮影ができるよう努力致します。参考資料として『MR I検査、読影診断ご利用方法』、『MR I検査依頼書様式（診療情報提供書）』、『MR I検査予約確認表』を、同封させていただきます。

今後とも、これまで同様ご指導、ご鞭撻を賜りますよう謹んでお願い申し上げます。まずは略儀ながら書中を持ちましてご連絡申し上げます。

敬具

#### ☆MR I検査予約連絡先

木村脳神経・外科内科

電話 21-5533

FAX 21-5540

\*予約受付担当者 村中、天本（看護師）

#### ○検査機種

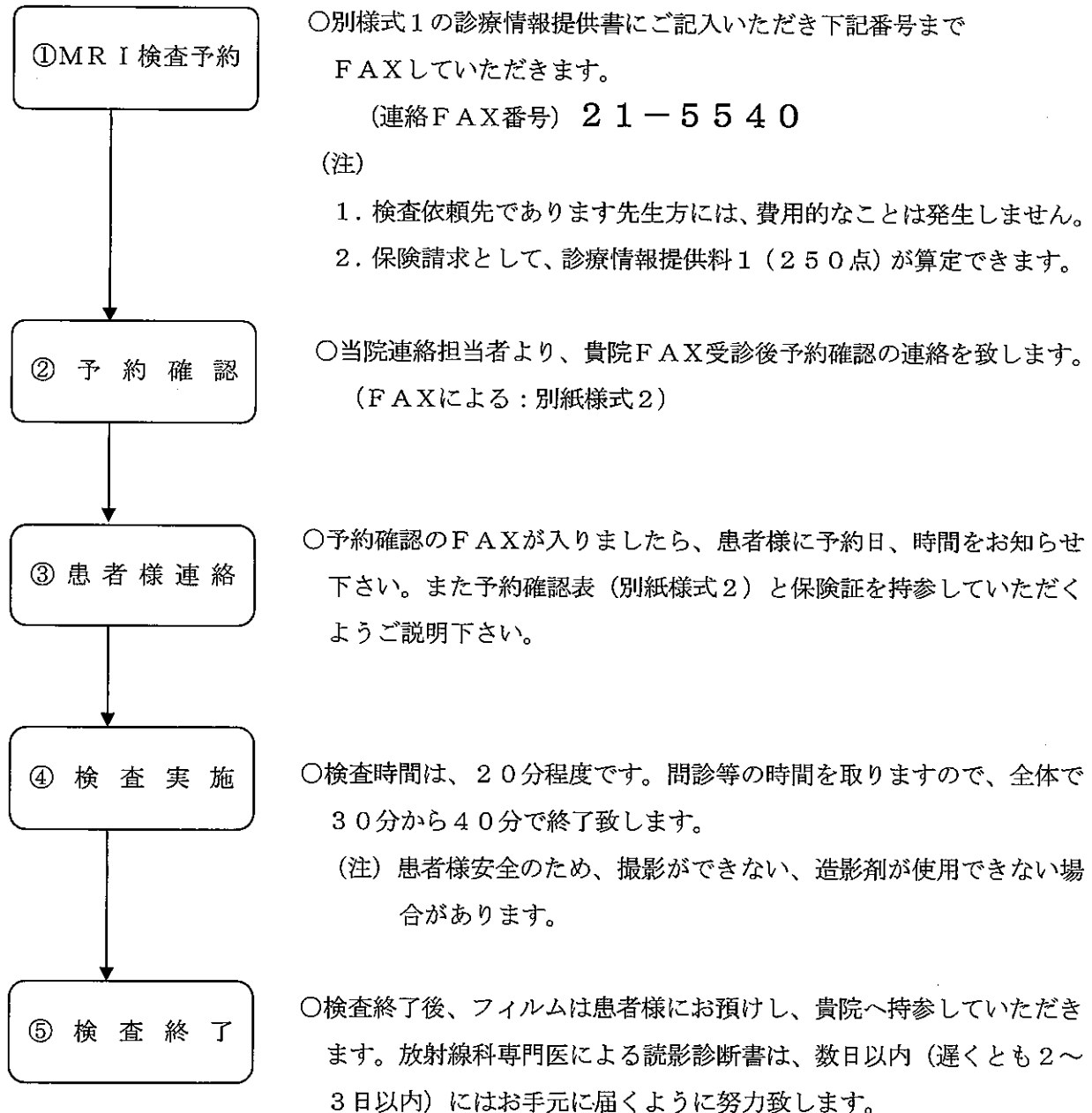
東芝 1.5T超伝導MR I装置 Vantage XGV

\*撮影者 末田、奥田（診療放射線技師）

浜田（臨床検査技師）

## MR I 検査、読影診断ご利用方法について

\*\* 下記の手順にて、MR I 検査、読影診断がご利用できます。 \*\*



\*\* 上記が検査一連の流れになります。ご不明な点がございましたら、担当者まで連絡をお願い致します。 \*\*

電話番号 21-5533

担 当 診療放射線技師 末田、奥田

\*当院では、CTスキャン(ヘリカル)、超音波検査(東芝フルデジタル装置:Xario)等の検査予約も受け賜っています。診療情報提供書の紹介目的の欄に記入をお願いします。

## 診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関 木村脳神経・外科内科  
 担当医 脳外科 木村 練 殿

医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)		
紹介目的	MRI検査依頼		
検査依頼希望日	平成 年 月 日 午前 ・ 午後 ・ ( ) 時頃		
方法指示	単純 ・ 造影		
検査部位	頭部 頰部 腹部 骨盤部 頰椎 胸椎 腰椎 四肢・関節 ( ) 血管 ( ) その他 ( )		
主訴・病名			
既往歴・現症・他			
現在の処方 その他留意事項			
その他			

## 診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関 木村脳神経・外科内科  
 担当医 神経内科 木村 正道 殿

医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)		
紹介目的	MRI検査依頼		
検査依頼希望日	平成 年 月 日 午前 ・ 午後 ・ ( ) 時頃		
方法指示	単純 ・ 造影		
検査部位	頭部 頸部 腹部 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 四肢・関節 ( ) 血管 ( ) その他 ( )		
主訴・病名			
既往歴・現症・他			
現在の処方 その他留意事項			
その他			

## MRI 検査予約確認表

平成 年 月 日

医療機関 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 殿

医療機関所在地 防府市大字新田780番地の3

名称 木村脳神経・外科内科

医師氏名 木村 練 印

下記のとおりMRI 検査予約確認致しました。

予約患者様氏名		性別	男 ・ 女
予約日・時間	平成 年 月 日 午前・午後：( ) 時 ( ) 分頃		
検査指示	単純 ・ 造影		
検査部位	頭部 頸部 腹部 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 四肢・関節 ( ) 血 管 ( ) そ の 他 ( )		
その他連絡事項			

(注)

- ①受診当日は、直接受付にお越し下さい。
- ②お持ちいただくものは、次のとおりです。  
\*MRI 検査予約確認表 (この用紙) \*保険証
- ③予約時間の15分前までおいで下さるよう、お願い致します。
- ④予約日に来られない場合は、早めに下記番号まで電話連絡して下さい。

木村脳神経・外科内科 21-5533

## MRI 検査予約確認表

平成 年 月 日

医療機関 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 殿

医療機関所在地 防府市大字新田780番地の3

名称 木村脳神経・外科内科

医師氏名 木村 正道 印

下記のとおりMRI検査予約確認致しました。

予約患者様氏名		性別	男 ・ 女
予約日・時間	平成 年 月 日 午前・午後：( ) 時 ( ) 分頃		
検査指示	単純 ・ 造影		
検査部位	頭部 頸部 腹部 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 四肢・関節 ( ) 血 管 ( ) そ の 他 ( )		
その他連絡事項			

(注)

- ①受診当日は、直接受付にお越し下さい。
- ②お持ちいただくものは、次のとおりです。  
\*MRI検査予約確認表 (この用紙) \*保険証
- ③予約時間の15分前までおいで下さるよう、お願い致します。
- ④予約日に来られない場合は、早めに下記番号まで電話連絡して下さい。

木村脳神経・外科内科 21-5533