

(A) 検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

(神経伝導検査申込書)

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

生理検査室

神経伝導検査担当 先生

①FAX送信前に、電話で予約をお取りください。

②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします。

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい→

* 必ずFAX及びTEL番号を御記入下さい。

〒

所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

当検査の公費適用

(有 ・ 無)

虎の門病院受診歴

(有 ・ 無)

虎の門病院登録番号

-

-

-

フリガナ

患者氏名

住 所

生年月日

大・昭

年

月

日

平・令

(歳)

自宅TEL

日中連絡先

男

・

女

神経伝導検査

M:運動神経

S:感覚神経

※ご希望検査項目 ☐ にチェックして下さい。1つのみ選択可能です。

他の神経やF波、両側の上・下肢などをご希望の場合は脳神経内科の紹介受診をお願いします

☐ 右上下肢(正中神経M&S、尺骨神経M&S、脛骨神経M、腓腹神経S)

☐ 左上下肢(正中神経M&S、尺骨神経M&S、脛骨神経M、腓腹神経S)

☐ 両側上肢(両側正中神経M&S、両側尺骨神経M&S)

☐ 両側下肢(脛骨神経M、腓腹神経S)

☐ 顔面神経 (火AM)

☐ 反復刺激試験 (火AM)

臨床診断・主訴・検査目的

特記事項(アルコール禁、人工内耳の有無などありましたらご記入ください)