

神経伝導速度検査申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

送信日 年 月 日

FAX 025-757-5699 (直通)

医療機関名

医師名

希望検査日 年 月 日 曜日

TEL

FAX

※ 神経伝導速度：火～金

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	歳
現住所		
電話番号	() -	

神経伝導速度	
検査目的・症状	
身長 () cm 体重 () kg	
〈刺激神経〉あてはまるものに○ ・ () 整形外科両側上肢セット (正中・尺骨 MCV/SCV) ・ () その他※刺激神経名を左右含めて下に記入	

※後日、予約票・検査説明書をFAXにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

【十日町病院に来院される患者様へお願い】

予約時間に遅れないようご来院願います。

マイナンバーカード又は保険証 **お薬手帳**を忘れずにお持ち下さい。

受付後、整形外科の外来窓口にご用紙と予約票を添えて検査依頼をお申し出ください。