

# 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 FAX送信日 令和\_\_\_\_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

※ 神経伝導速度：月～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、予約案内票・検査説明書をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

来院の際は、整形外科の外来窓口で、この用紙のコピーと予約票を添えてお申し付け下さい。

また、**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いいたします。