|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FAX→連携室  **西尾市民病院　誘発筋電図（神経伝導速度）依頼票**  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 先生 | | | | | | | 住所 | |  | | |
| 病院  施設名 | |  | | |
| **希望日** | ①　　　　月　　　　　　日  ②　　　　月　　　　　　日 | | | | | | 医師名 | |  | | |
| TEL | | | | FAX |
|  | | | | | | | **西尾市民病院**  **（ID　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | |
| フリガナ |  | | | 性　別 | | 年齢 | 生　年　月　日 | | | | |
| 受診者名 |  | | | 男・女 | |  | 大　昭　平　令　　年　　月　　日 | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | 自宅： | | | |
| 携帯： | | | |
| （外国籍の方）日本語でのコミュニケーション　　可　　不可　　不可の方は通訳の同伴をお願いします。 | | | | | | | | | | | |
| **＜臨床情報＞　　依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細にお願いします。　　　別紙にても可**  **既往歴(　無　 ・　有　)** | | | | | | | | | | | |
| **該当する部位と分類の□にチェックをお願いいたします** | | | | | | | | | | | |
| **部位** | | **分類** | | | | | | | | | |
| 四肢上肢  （A)から選択 | | （A） | 上肢両正中神経  　上肢両尺骨神経  　上肢両橈骨神経  　上肢両その他 | | 上肢右正中神経  　上肢右尺骨神経  　上肢右橈骨神経  　上肢右その他 | | | | | 上肢左正中神経  　上肢左尺骨神経  　上肢左橈骨神経  　上肢左その他 | |
| 四肢下肢  （B)から選択  　両上下肢  　（A)（B）から選択 | | （B） | 下肢両腓骨神経  　下肢両脛骨神経  　下肢両腓腹神経  　下肢両その他 | | 下肢右腓骨神経  　下肢右脛骨神経  　下肢右腓腹神経  　下肢右その他 | | | | | 下肢左腓骨神経  　下肢左脛骨神経  　下肢左腓腹神経  　下肢左その他 | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |

西尾市民病院　地域医療連携室　 　TEL0563-56-3362　 ・ 0563-56-8234　　FAX　0563-56-3354