|  |
| --- |
| 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