

# 西尾市民病院 誘発筋電図(神経伝導速度)依頼票

FAX→連携室

年 月 日

先生

希望日 ① 月 日  
② 月 日

住所			
病院施設名			
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:

<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	□ 上肢右正中神経	□ 上肢左正中神経
		□ 上肢両尺骨神経	□ 上肢右尺骨神経	□ 上肢左尺骨神経
		□ 上肢両橈骨神経	□ 上肢右橈骨神経	□ 上肢左橈骨神経
		□ 上肢両その他	□ 上肢右その他	□ 上肢左その他
□ 四肢下肢 (B)から選択	(B)	□ 下肢両腓骨神経	□ 下肢右腓骨神経	□ 下肢左腓骨神経
		□ 下肢両脛骨神経	□ 下肢右脛骨神経	□ 下肢左脛骨神経
		□ 下肢両腓腹神経	□ 下肢右腓腹神経	□ 下肢左腓腹神経
		□ 下肢両その他	□ 下肢右その他	□ 下肢左その他
□ 両上下肢 (A)(B)から選択	□ その他( )			