

担当医 先生

希望日 ① 月 日

② 月 日

住所		
病院 施設名		
医師名		
TEL		FAX

フリガナ		性別	年齢	生年月日
受診者名		男・女		
住所	TEL () -			

<臨床情報>

依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細をお願いします。別紙にて可

既往歴(無・有)

依頼内容を記載して
該当する部位及び分類に
チェックをお願いします。

<検査>

誘発筋電図(神経伝導速度)

該当する部位と分類の口にチェックをお願いいたします

部位	分類			
<input type="checkbox"/> 四肢上肢 (A)から選択	(A)	<input type="checkbox"/> 上肢両正中神経	<input type="checkbox"/> 上肢右正中神経	<input type="checkbox"/> 上肢左正中神経
		<input checked="" type="checkbox"/> 上肢両尺骨神経	<input type="checkbox"/> 上肢右尺骨神経	<input type="checkbox"/> 上肢左尺骨神経
		<input type="checkbox"/> 上肢両橈骨神経	<input type="checkbox"/> 上肢右橈骨神経	<input type="checkbox"/> 上肢左橈骨神経
		<input type="checkbox"/> 上肢両その他	<input type="checkbox"/> 上肢右その他	<input type="checkbox"/> 上肢左その他
<input type="checkbox"/> 四肢下肢 (B)から選択	(B)	<input type="checkbox"/> 下肢両腓骨神経	<input type="checkbox"/> 下肢右腓骨神経	<input type="checkbox"/> 下肢左腓骨神経
		<input checked="" type="checkbox"/> 下肢両脛骨神経	<input type="checkbox"/> 下肢右脛骨神経	<input type="checkbox"/> 下肢左脛骨神経
		<input type="checkbox"/> 下肢両腓腹神経	<input type="checkbox"/> 下肢右腓腹神経	<input type="checkbox"/> 下肢左腓腹神経
		<input type="checkbox"/> 下肢両その他	<input type="checkbox"/> 下肢右その他	<input type="checkbox"/> 下肢左その他
<input checked="" type="checkbox"/> 両上下肢 (A)(B)から選択	<input type="checkbox"/> その他()			