

診療情報提供書兼医療センター神経伝導速度検査予約申込書(FAX 用)

船橋市立医療センター地域医療連携室 FAX 047-439-0737 申込日 平成 年 月 日

申し込み TEL ( )  
医療機関名 FAX ( )

医師名 \_\_\_\_\_

ふりがな M・T・S・H 年 月 日

患者氏名 (男・女) ( 歳)

臨床診断、病名<日本語で>

主訴、臨床経過、検査目的

検査項目

<p>&lt;伝導速度&gt; ※運動神経のみ</p> <p>MCS 上肢：<input type="checkbox"/>正中神経 <input type="checkbox"/>尺骨神経 <input type="checkbox"/>正中神経+尺骨神経</p> <p>MCS 下肢：<input type="checkbox"/>脛骨神経 <input type="checkbox"/>腓骨神経 <input type="checkbox"/>脛骨神経+腓骨神経</p> <p>&lt;患側&gt;</p> <p><input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>両側</p> <p>&lt;症状&gt;</p> <p><input type="checkbox"/>手根管症候群 <input type="checkbox"/>肘部管症候群 <input type="checkbox"/>脛骨神経麻痺 <input type="checkbox"/>腓骨神経麻痺</p> <p><input type="checkbox"/>末梢神経障害 <input type="checkbox"/>外傷 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
---

検査希望日： 無・有 (平成 年 月 日 曜日)

----- キ リ ト リ -----  
ご依頼のありました \_\_\_\_\_ 様の検査予約が次のとおり決まりましたので、この用紙を患者さんにお渡しく下さい。

検査予定日時：平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分  
特記事項他

※当日は、必ず本通知書と保険証をご持参ください。

※ 時 分までに 番窓口で受付を済ませてください。

返事日時：平成 年 月 日 取扱者

船橋市立医療センター地域医療連携室