

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 令和 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・R 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

<伝導速度>

MCS 上肢: ☐正中神経 ☐尺骨神経 ☐正中神経+尺骨神経

MCS 下肢: ☐脛骨神経 ☐腓骨神経 ☐脛骨神経+腓骨神経

<患側>

☐右 ☐左 ☐両側

<症状>

☐手根管症候群 ☐肘部管症候群 ☐脛骨神経麻痺 ☐腓骨神経麻痺

☐末梢神経障害 ☐外傷 ☐その他 ()

検査希望日: 無・有(令和 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ださい。

検査予定日時: 令和 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: 令和 年 月 日 取扱者

船橋市立医療センター地域医療連携室

2026.3 更新