

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： <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 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 <患側> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 <症状> <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 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 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下さい。

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