

神経生理検査依頼箋(診療情報提供書)

紹介元医療機関名: _____

紹介元医師名: _____

紹介元電話番号: _____

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日() 午前・午後 _____ 時 _____ 分～

【患者情報】
 ふりがな : _____
 患者氏名 : _____
 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
 性別 男性 ・ 女性 身長 _____ cm 体重 _____ kg

【臨床診断・臨床経過】

【服用薬剤】※必ずご記入ください

【検査項目】

I. 神経伝導検査(NCS)			検査神経					
【ルーチン検査】	チェック ()	スクリーニング	片側上下肢 指定してください。()右・()左	正中, 尺骨, 後脛骨, 腓骨, 腓腹				
	()	神経を指定	※何れかにチェックを入れてください。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>上肢</td> <td>()右・()左</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>()右・()左</td> </tr> </table>	上肢	()右・()左	下肢	()右・()左	正中, 尺骨, 後脛骨, 腓骨, 腓腹
	上肢	()右・()左						
	下肢	()右・()左						
()	手根管症候群評価	/						
()	肘部管症候群評価	/						
II. 体性感覚誘発電位(SEP) ※2ヶ所以内でお選びください								
	右上肢()	左上肢()						
	右下肢()	左下肢()						
III. 聴性感覚誘発電位(AEP)								

【その他の検査】 ※筋電図検査, 橈骨神経麻痺検査, 顔面神経評価などは、医師枠で予約してください。

※検査所見は、検査日から2週間かかります。
 ※検査報告書のみのご報告となります。
 ※貴院での次回診察日をご記入ください。 次回診察日() 月 () 日)