

和歌山生協病院 サポートセンター宛

TEL・FAX:073-473-2088

受付時間：平日9時～16時（日・祝除く）

神経伝導検査、針筋電図、神経・筋超音波検査予約申込書

申込日 年 月 日

検査日	<input type="checkbox"/> 希望無し	医療機関名	
第1希望	月 日 ()	医師名	
第2希望	月 日 ()	住所 TEL FAX	

患者様情報	和歌山生協病院 受診歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明	
	フリガナ			男 女	
	氏名				年 月 日生
	住所	〒			
	移動形態	自宅：() ー 携帯：() <input type="checkbox"/> 単独歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行可（要介助） <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他（)			

以下項目にチェックをお願いします

<p>① 神経伝導検査</p> <p>上肢</p> <table> <tr> <td>(運動神経)</td> <td>(感覚神経)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>正中神経 運動 左</td> <td><input type="checkbox"/>正中神経 感覚 左</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>正中神経 運動 右</td> <td><input type="checkbox"/>正中神経 感覚 右</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>尺骨神経 運動 左</td> <td><input type="checkbox"/>尺骨神経 感覚 左</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>尺骨神経 運動 右</td> <td><input type="checkbox"/>尺骨神経 感覚 右</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脛骨神経 運動 左</td> <td><input type="checkbox"/>橈骨神経 感覚 左</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脛骨神経 運動 右</td> <td><input type="checkbox"/>橈骨神経 感覚 右</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腓骨神経 運動 左</td> <td><input type="checkbox"/>腓腹神経 感覚 左</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腓骨神経 運動 右</td> <td><input type="checkbox"/>腓腹神経 感覚 右</td> </tr> </table> <p>その他検査希望の神経ありましたら記載ください ()</p>	(運動神経)	(感覚神経)	<input type="checkbox"/> 正中神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 正中神経 感覚 左	<input type="checkbox"/> 正中神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 正中神経 感覚 右	<input type="checkbox"/> 尺骨神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 尺骨神経 感覚 左	<input type="checkbox"/> 尺骨神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 尺骨神経 感覚 右	<input type="checkbox"/> 脛骨神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 橈骨神経 感覚 左	<input type="checkbox"/> 脛骨神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 橈骨神経 感覚 右	<input type="checkbox"/> 腓骨神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 腓腹神経 感覚 左	<input type="checkbox"/> 腓骨神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 腓腹神経 感覚 右
(運動神経)	(感覚神経)																	
<input type="checkbox"/> 正中神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 正中神経 感覚 左																	
<input type="checkbox"/> 正中神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 正中神経 感覚 右																	
<input type="checkbox"/> 尺骨神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 尺骨神経 感覚 左																	
<input type="checkbox"/> 尺骨神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 尺骨神経 感覚 右																	
<input type="checkbox"/> 脛骨神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 橈骨神経 感覚 左																	
<input type="checkbox"/> 脛骨神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 橈骨神経 感覚 右																	
<input type="checkbox"/> 腓骨神経 運動 左	<input type="checkbox"/> 腓腹神経 感覚 左																	
<input type="checkbox"/> 腓骨神経 運動 右	<input type="checkbox"/> 腓腹神経 感覚 右																	
<p>② 針筋電図</p> <p>希望される筋を記載ください ()</p>																		
<p>③ 神経筋エコー</p> <p><input type="checkbox"/>神経根、腕神経叢 <input type="checkbox"/>上肢末梢神経 <input type="checkbox"/>筋エコー</p> <p>その他検査希望の部位ありましたら記載ください ()</p>																		

④ 反復誘発筋電図

尺骨神経、腋窩神経、副神経、顔面神経で漸減現象の有無を評価します
(承諾いただける場合、チェックをお願いします)

* 神経伝導検査で 8 神経以上の評価希望される場合は、申し訳ありませんが別日に分けて検査予約するようお願いします。

* 直接記載いただきます希望神経、筋に関しては、極力評価するよう努めますが、部位によっては術者の方で施行困難と判断することもあります。

* ペースメーカー留置や透析患者では、留置側やシャント側での評価は基本できません。

* 検者の方で必要と判断した場合、追加で神経、筋を評価させていただく場合があります。

上記同意いただけましたら署名をお願いします

医師氏名

印