

当院では臨床神経生理学会専門医のもと、毎週水曜日の午前に神経伝導検査、神経筋超音波検査、針筋電図検査を施行しています。手根管症候群や頸椎症・腰椎症をはじめ、筋炎や重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症など数多くの神経筋疾患の診断に、これら検査が非常に重要な役割を担っています。

#### 医療関係者の方へ

外部から検査だけの予約も承っております。

予約枠は水曜日午前（9：30 枠、10：30 枠）です。

#### <検査予約方法>

①「検査予約申込書」にご記入の上、紹介状と一緒に和歌山生協病院サポートセンター宛に FAX をご送信ください。

恐れ入りますが FAX 送信後、サポートセンターまでご一報いただきますようお願いいたします。

②ご希望の日時を調整の上「検査予約票」を FAX にて返信いたします。

③受診当日は FAX 返信した「検査予約票」、「健康保険証」、「公費受給者証」等をお持ちになり、予約時間の 20 分程前に生協病院附属診療所受付までお越しください。

#### <予約の取消・変更>

予約の取消、変更をされる場合は、和歌山生協病院サポートセンターまでご連絡ください。

その他、ご不明な点がございましたら和歌山生協病院サポートセンターまでお問い合わせください。

和歌山生協病院サポートセンター

受付時間

平日の午前 9 時～午後 4 時 ※祝日を除く

FAX:073-473-2088

2023 年度実績（2023 年 1 月～12 月）	
神経伝導検査	107 件
神経筋超音波検査	79 件
針筋電図検査	96 件

他 SEP 検査や誘発筋電図検査なども施行しています。

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			
	住所	〒		
	移動形態	<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