

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

TEL:073-473-2088

FAX : 073-475-6558

| 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   |  |
|        |                               | T E L |  |
|        |                               | F A X |  |

|                       |                                                                                                                                                             |                                                                                     |        |        |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| 患<br>者<br>様<br>情<br>報 | 和歌山生協病院<br>受診歴                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 |        |        |
|                       | フリガナ                                                                                                                                                        |                                                                                     | 男<br>女 | 年 月 日生 |
|                       | 氏 名                                                                                                                                                         |                                                                                     |        |        |
|                       | 住 所                                                                                                                                                         | 〒                                                                                   |        |        |
|                       |                                                                                                                                                             | 自宅：( ) — 携帯：                                                                        |        |        |
| 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

① 神経伝導検査

上肢

（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 |

その他検査希望の神経ありましたら記載ください

( )

② 針筋電図

希望される筋を記載ください

( )

③ 神経筋エコー

☐神経根、腕神経叢

☐上肢末梢神経

☐筋エコー

その他検査希望の部位ありましたら記載ください

(

)

#### 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