**神経伝導速度検査申込書・情報提供書**

送 信 日 　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医 師 名

TEL

FAX

県立十日町病院　患者サポートセンター行

ＦＡＸ ０２５-７５７-５６９９（直通）

希望検査日　　 年　　月　　日　　 曜日

※ 神経伝導速度：火～金

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 　性　別 |
| 患者氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　歳 |
| 現 住 所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　 　　　－ |

|  |
| --- |
| **神経伝導速度** |
| 検査目的・症状身長（　　　　　）cm　体重（　　　　　）㎏ |
| 〈刺激神経〉あてはまるものに○・（　　）整形外科両側上肢セット（正中・尺骨MCV/SCV）・（　　）その他※刺激神経名を左右含めて下に記入 |

※後日、予約票・検査説明書をＦＡＸにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

**【十日町病院に来院される患者様へお願い】**

予約時間に遅れないようご来院願います。

**マイナンバーカード又は保険証 お薬手帳**を忘れずにお持ち下さい。

**受付後、整形外科の外来窓口にこの用紙と予約票**を添えて検査依頼をお申し出ください。

R6.4