

湘南慶育病院 筋電図・脳波検査予約申込書 (FAX)

FAX番号 0466-41-9263 (地域医療連携室直通)

記載日 年 月 日

検査希望日時 年 月 日 () 時 分

主訴または傷病名

症状・治療経過及び検査結果

既往歴

現在の処方薬

希望検査に を記載をお願いします

神経伝導速度検査 (誘発筋電図)

- ・検査の目的
- []
- ・主な評価部位 (希望がある場合のみ)
- 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 両上肢 両下肢 その他 ()
- 検者に一任

針筋電図検査

- ・検査の目的
- []

・検査チェックリスト

抗凝固薬、抗血小板薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
透析シャント	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
その他 ()		

] ※ありの場合は上記検査は行えません。

脳波検査

- ・検査目的
- スクリーニング 経過観察 その他 ()
- ・賦活選択
- 光刺激 過呼吸賦活 睡眠適宜

誘発電位検査

ABR (聴性誘発反応検査) ※90dBのみ

貴医療機関名		紹介医師氏名	
住所	〒 - TEL ()		
	FAX ()		
患者の状況	外来通院中・入院中 (退院予定日: 月 日頃) : 独歩・車椅子・ストレッチャー		
フリガナ			
患者氏名	(旧姓)	性別	生年月日
		男・女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
患者住所	〒 - TEL ()		

【その他】

- ①筋電図・脳波検査予約申込書記入後、Fax送信をお願いします。
- ②当院から必要に応じ「検査同意書」をFaxいたしますので、患者・家族にご依頼医より説明をお願いします。ご依頼医は説明医と患者または家族のサイン、捺印をお願いします。
- ③本紙Fax後、一両日中 (平日) に当院より返答がない場合はお手数ですが問合せをお願いします。
- ④当院にて受付後、「予約票」をFaxにてお送りしますので、患者さんにお渡しください。

医療法人社団健育会 湘南慶育病院 予約受付時間: 平日 9:00~17:00
 〒252-0816 神奈川県藤沢市遠藤4360 TEL 0466-48-0051 FAX 0466-41-9263