

作成日 年 月 日

## 診療情報提供書

〒583-0872 大阪府羽曳野市はびきの2-8-1 TEL 072-958-1000  
医療法人 春秋会 城山病院 整形外科 担当医 侍史 FAX 072-958-1199

### 1. 紹介元医療機関

医療機関名 TEL  
医師名 FAX

### 2. 患者様情報

フリガナ		性別	男	女	
氏名		生年月日	年	月	日
住所					
電話番号					

## 神経伝導速度検査依頼票

### 1. 運動神経伝導速度(MCS)

上肢	<input type="checkbox"/> 正中神経(MCS)	<input type="checkbox"/> 尺骨神経(MCS)	
	<input type="checkbox"/> 正中神経(SCS)	<input type="checkbox"/> 尺骨神経(SCS)	
	<input type="checkbox"/> 正中神経(F波)	<input type="checkbox"/> 尺骨神経(F波)	
下肢	<input type="checkbox"/> 脛骨神経(MCS)	<input type="checkbox"/> 腓骨神経(MCS)	<input type="checkbox"/> 腓腹神経(MCS)
	<input type="checkbox"/> 脛骨神経(F波)	<input type="checkbox"/> 腓骨神経(F波)	
その他神経	<input type="checkbox"/> MCS	( )	
	<input type="checkbox"/> SCS	( )	
	<input type="checkbox"/> F波	( )	
特記事項			

### 2. 検査側

検査側	<input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右
-----	-----------------------------	----------------------------	----------------------------

### 3. 臨床診断名

臨床診断名	<input type="checkbox"/> 手根管症候群	<input type="checkbox"/> 肘部管症候群
	<input type="checkbox"/> 脛骨神経麻痺	<input type="checkbox"/> 腓骨神経麻痺
	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 外傷
	<input type="checkbox"/> その他	( )

### 4. 患者移動手段

移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------------

### 5. 予約に関して

希望日	<input type="checkbox"/> 有 ( )	※希望日は複数ご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 無	
貴院	<input type="checkbox"/> 待機中	<input type="checkbox"/> 帰宅

### 6. 検査に関する注意点等ありましたらご記入ください。

--