

## 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 脳神経外科 島野 裕史先生 侍史

## 1. 紹介元医療機関

医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	( ) -
FAX	( ) -

## 2. 患者様情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	

## 聴性脳幹反応(ABR)・筋電図(ENoG)検査依頼票

## 1. 検査目的

検査目的	<input type="checkbox"/> 身障手帳用
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

## 2. 臨床診断名

臨床診断名	<input type="checkbox"/> 左 ( )
	<input type="checkbox"/> 右 ( )

## 3. 検査内容

<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> 閾値	<input type="checkbox"/> 反応(通常検査)	
<input type="checkbox"/> ENoG	<input type="checkbox"/> 口輪筋	<input type="checkbox"/> 眼輪筋	<input type="checkbox"/> 両方
	<input type="checkbox"/> NET(ENT検査)		

## 4. 検査結果

検査結果	<input type="checkbox"/> 紹介先へ後日FAX・郵送
	<input type="checkbox"/> 当日患者様お持ち帰り

## 5. 希望日

第一希望日	月 日 ( )
第二希望日	月 日 ( )
都合の悪い日	

※ABR検査時のみ、必ず聴力検査結果をお持ちいただくようお願いいたします。