

FAX. 045-323-0361
TEL. 045-548-6089

済生会東神奈川リハビリテーション病院 医事課 行

済生会東神奈川リハビリテーション病院

共同利用 筋電図検査申込書 兼 紹介状

太枠内すべて記入しFAX送信下さいますようお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時(20分前)に1階総合受付にご提出いただきますようお願いいたします。

依頼検査	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査(誘発筋電図)
	<input type="checkbox"/> 針筋電図検査
	<input type="checkbox"/> SEP(体性感覚誘発電位)検査

※症状および検査の状況により、検査担当医の判断で他の検査も追加施行させていただくことがあります。

予約日時 月 日 14:30 15:30

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日 電話番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他()	

病名・症状(主訴)

病名(疑い):

症状(主訴):

感染症の有無(有の場合にチェック)

HBV HCV HIV(検査済みの場合)