

TEL. 045-548-6089

FAX. 045-323-0361

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下さい。

依頼検査	<input type="checkbox"/> 針筋電図検査
	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査(誘発筋電図)

※検査日は毎週火曜日・木曜日となります。

予約日時 月 日() 14:00

↑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"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <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

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) 検査に時間を要するため情報提供をお願いします

HBV

HCV