

神経伝導検査(MCV・SCV)依頼書＜診療情報提供書＞

年 月 日

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな		性別		(西暦)	
氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日	才
住所	〒				
TEL		氏名		続柄	

検査項目	☐ MCV・SCV			
部位	左		右	
	☐ 正中神経(MCV)	☐ 尺骨神経(MCV)	☐ 正中神経(MCV)	☐ 尺骨神経(MCV)
	☐ 橈骨神経(MCV)	☐ 脛骨神経(MCV)	☐ 橈骨神経(MCV)	☐ 脛骨神経(MCV)
	☐ 腓骨神経(MCV)	☐ 顔面神経(MCV)	☐ 腓骨神経(MCV)	☐ 顔面神経(MCV)
	☐ 正中神経(SCV)	☐ 尺骨神経(SCV)	☐ 正中神経(SCV)	☐ 尺骨神経(SCV)
	☐ 橈骨神経(SCV)	☐ 腓骨神経(SCV)	☐ 橈骨神経(SCV)	☐ 腓骨神経(SCV)
臨床診断・病名				
主訴、経過、検査目的				

希望日時	第1希望	年 月 日 ()	特に希望日時がない場合は、記入不要
	第2希望	年 月 日 ()	

※神経伝導検査は、月曜～金曜 15:00以降の実施となります。
上記以外のお時間を希望される場合は、「希望日時」の余白に記入してください。