（様式１－f）

神経伝導検査（MCV・SCV)依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
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。