（小田原市立総合医療センター行き）

予約専用 FAX 番号 **(0465)34-3180**　　（様式１）

筋　電　図　検　査　予　約　申　込　書

（病院処理欄）
ID：
予約日時

つぎのとおり予約を申し込みます。　　令和　　年　　月　　日

※申込医氏名・TEL・FAX 番号は必ずご記入ください（ゴム印等でも差し支えありません）

申込医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　患者様氏名（ふりがな） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

生年月日（明・大・昭・平）　　年　　月　　日生　　歳　（男・女）

○　患者様住所（小田原市内の場合は、市名は省略して結構です。）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　当院の受診歴　　有　・　無

○　受診歴有の場合の診察券番号　　－　　－　（不明の場合は省略して結構です。）

○　保険証の写しの添付　　有　・　無（患者様がお持ちの場合は写しをお送りください。）

以下の該当する欄にご記入ください。

○検査項目	□針筋電図+誘発筋電図(※患者様の状況に応じて対応いたします)
○検査内容 〔※少なくとも一箇所、必ずチェックを入れて下さい〕	□顔面神経麻痺　□上肢筋力低下　□筋疾患疑い □上肢感覚障害　□下肢筋力低下　□運動ニューロン疾患疑い □下肢感覚障害　□末梢神経障害疑い
○身体状況	□ストレッチャー　□視聴覚障害・言語障害 □車いす　□感染症の疑いあり □移動に介助を要する　□義足・松葉杖使用
コメント欄（その他、特記事項がありましたらご記入ください）	

○　ご紹介ありがとうございました。お手数ではございますが診療情報提供書（紹介状）を患者様にお渡し願います。

○　**FAX の申込みによる予約可能時間は、平日９時～１６時３０分**です。これ以外の時間帯での FAX の申込みもお受けいたしますが、予約確認のお返事は、翌診療日となりますのでご了承ください。

小田原市立総合医療センター　TEL　０４６５－３４－３１７５（予約センター）