



神経伝導検査・筋電図検査 申込用紙

↑ FAX: 042-346-1681

国立精神・神経医療研究センター病院 地域連携室 行

発信者（紹介元医療機関）

医療機関名	
診療科	
紹介医師名	
電話番号	
FAX番号 ※必須	
連絡担当者名	

送信日

令和	年	月	日
希望日（月曜か金曜で検討下さい）			
第一希望	月	日	
第二希望	月	日	
第三希望	月	日	
その他	希望なし		
	（ ）		

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
患者氏名	(旧姓:)	生年月日	T・S・H・R	年	月 日
現住所	都道 府県	市区 町村			
自宅 電話番号		携帯番号			
国立精神・神経医療研究センター病院 に受診されたことはありますか？					
有・無・不明	登録番号 (患者ID)				
検査内容	神経伝導検査 ・ 筋電図検査				
希望検査部位	※神経、筋肉、左右を明示				
抗血小板剤・抗凝固剤の内服	有 () ・ 無				
ペースメーカー挿入の有無	有 ・ 無				

お問い合わせは 地域連携室まで 電話：042-341-2711（代表） 042-346-1845（直通）
休診日は土曜、日曜、祝日、年末年始（12/29～1/3）