記載例

(診療情報提供書別添)

筋電図検査依頼書

紹介元医療機関名　東京都健康クリニック

患者氏名(ふりがな)　東京　太郎(とうきょう　たろう)

生年月日　1234年5月6日

検査の目的・依頼内容

●●●●●●

検査の種類(該当検査に○)

検者に一任	神経伝導検査	神経反復刺激試験
針筋電図	単線維針筋電図	体性感覚誘発電位
視覚誘発電位	聴性脳幹反応	

神経伝導検査の評価部位(希望がある場合のみ○)

検者に一任	右上下肢	左上下肢
両上肢	両下肢	その他

筋電図検査チェックリスト

抗凝固薬・抗血小板薬	(あり)・なし)	「あり」の場合、薬品名をご記入ください。検査内容によっては十分な検査を行えない場合があります。 ●●●●●●、●●●●●●
ペースメーカー	(あり・(なし)	
植込み型除細動器	(あり・(なし)	
透析シャント	(あり)・なし)	「あり」の場合、部位をご記入ください。 ●●●●●