

検査内容指示書

(FAX用 及び 受診時患者さま持参用)

独立行政法人国立病院機構

大牟田病院 臨床検査科 宛

予約申込日 20 年 月 日

※お電話での予約後、この用紙をFAXしてください。FAX番号：0944-58-1445 (地域連携室)

検査予約日時	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
--------	----------	-----------------------------	-----------------------------	-----

ご依頼元	医療機関名	
	住所	〒 -
	電話番号	() -
	FAX番号	() -
	医師名	

患者さま基本情報	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名				
	生年月日	□ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日 (歳)			
	住所	〒 -			
	電話番号	() -			
検査目的					

検査依頼内容	検査項目	該当項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください						
	<input type="checkbox"/> 脳波検査 (覚醒のみ)	<input type="checkbox"/> 閃光刺激	<input type="checkbox"/> 過呼吸	<input type="checkbox"/> 音刺激	<input type="checkbox"/> 痛み刺激			
	<input type="checkbox"/> 神経伝導速度検査 ※心臓ペースメーカーまたは他の電子的インプラント使用患者は検査禁忌です。							
	セット	<input type="checkbox"/> 手根管セット	正中神経 (運動神経 F波 感覚神経)					
		<input type="checkbox"/> 尺骨管セット	尺骨神経 (運動神経 F波 感覚神経)					
	上 肢	運動神経	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
		正中神経	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
		尺骨神経	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
	下 肢	運動神経	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
脛骨神経		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左			
腓骨神経		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左			
	腓腹神経					<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 血管伸展性検査 (ABI)	身長	cm	体重	kg				
<input type="checkbox"/> 肺機能検査 (VC・FVC)	身長	cm	体重	kg				

結果お知らせ方法	<input type="checkbox"/> 郵送・配達	<input type="checkbox"/> 手渡し (脳波,神経伝導速度は1時間程度お待ちいただきます。)
----------	--------------------------------	--

※FAX後は、別紙「検査を受けられる患者様へ」と一緒に患者様にお渡しいただき、検査当日持参されるようお伝えください。

◆検査を受けられる患者さまへ◆

1. 検査当日ご持参いただくもの
 - ①「検査内容指示書」
 - ② 保険証
 - ③ 大牟田病院の診察券（お持ちの場合）
2. 予約時間の15分前までに総合受付にお越しください。
3. 検査終了後は、そのままご帰宅いただけます。
(ご依頼元の医療機関でお会計をしていただきます。)
※検査結果についての説明は行っておりません。ご依頼元の先生より説明を受けられてください。
※検査当日にお持ち帰りをご希望される場合、脳波、神経伝導速度検査については1時間程度お待ちいただきます。

《各検査のご案内と注意事項》

※ご自身が受けられる検査項目をお読みください。

□ 脳波検査

脳波検査は、脳に流れる微弱な電流を頭部に取り付けた電極により波形として記録し、脳の働きを調べる検査です。痛み等はなく、検査時間はおよそ1時間です。

※注意事項

- ・検査前日は洗髪を行い、整髪料等はつけないでください。
- ・頭皮上にジェル状のペーストをつけるため、検査後はベタツキが残ります。ご了承ください。
- 帰宅後、シャワーなどで洗髪を行ってください。

□ 神経伝導速度検査

神経伝導速度検査は、手や足の神経に電気刺激をして刺激の伝わる速度を計測し、神経が正常に機能しているかを調べる検査です。検査時間は調べる神経数にもよりますが、およそ1時間前後です。検査では、刺激により手や足がピクピク反応したりピリピリ感じたりしますが、身体への影響はありません。

※注意事項

- ・腕は肘上まで、足は膝上まで出しやすい服装でご来院ください。

□ 血管伸展性検査（ABI）

血管伸展性検査は、両腕と両足の血圧を同時に測定することによって、動脈硬化を調べる検査です。

※注意事項

- ・腕は肘上まで、足は膝下まで出しやすい服装でご来院ください。

□ 肺機能検査

肺機能検査は、息を吸ったり吐いたりして、肺活量など肺の能力を調べる検査です。

※来院できない場合は大牟田病院 検査科（TEL 0944-58-1122 内線4042）までご連絡ください。