神経伝導速度検査（筋電図）を受けられる方へ

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

検査日時：　　月　　日　　曜日　　時　　分

受付（外来受付）を済ませ、この用紙を持って、
１階の生理検査室 B4 番へおいでください。

検査の目的

・腕や足の末梢神経を電気刺激し、刺激からの反応時間を測定して神経の伝導具合（神経伝導速度）を評価します。

注意事項

・電気刺激をあたえる都合上、多少違和感や痛みを伴うことがあります。ご了承ください。

・検査には 30～60 分程かかります。

※検査日時に不都合が生じた場合は早めにご連絡ください。調整させていただきます。
また、わからないことがありましたら下記へご連絡ください。

連絡先：社会福祉法人 十善会病院　生理検査室
電話：（代）095-864-0085