

④ 反復誘発筋電図

☐ 尺骨神経、腋窩神経、副神経、顔面神経で漸減現象の有無を評価します
(承諾いただける場合、チェックをお願いします)

* 神経伝導検査で 8 神経以上の評価希望される場合は、申し訳ありませんが別日に分けて検査予約するようお願いします。

* 直接記載いただきます希望神経、筋に関しては、極力評価するよう努めますが、部位によっては術者の方で施行困難と判断することもあります。

* ペースメーカー留置や透析患者では、留置側やシャント側での評価は基本できません。

* 検者の方で必要と判断した場合、追加で神経、筋を評価させていただく場合があります。

上記同意いただけましたら署名をお願いします

医師氏名 _____ 印 _____