

説明・同意書〈神経伝導検査 針筋電図検査〉

患者番号		記載日	
患者氏名		診療科	
生年月日	歳 性別	記載者名	

神経伝導検査 針筋電図検査とは

神経伝導検査、針筋電図検査は、病気が疑われる患者様に対して、確定診断への一助とするために行う臨床検査法です。この検査によりさまざまな病気の検索が可能です。

神経伝導検査 針筋電図検査の検査方法

神経伝導検査 : 神経を電気にて刺激し、皮膚から反応を記録する検査です。手や足の神経を主に検査します。

針筋電図検査 : 細い針電極を筋肉に刺して、神経や筋肉の異常を検出するための検査です。

神経伝導検査 針筋電図検査の偶発症

神経伝導検査 : 電極で皮膚表面から神経を刺激します。必要に応じ刺激の強さが異なります。場合により痛みを感じるがありますが、後に残ることはありません。

針筋電図検査 : 針電極を刺すため痛みを生じます。ただし、細い針ですので、ひどい痛みは生じません。稀に皮下出腫(皮膚の下に生じる内出血の塊のこと)による腫れや皮下出血の跡(紫色のあざ)が生じることがあります。(徐々に大きくなるような場合や、その他にも痛みがあり強まる傾向がある場合には生理検査室受付にご一報下さい)。

神経伝導検査 針筋電図検査を行わない場合の不利益

ご同意いただかなくても、不利になることはなく、その他の診療、治療には最善を尽くします。また、後日同意を撤回することも出来ます。

なお、副作用や合併症が起きた場合の診療は、通常の保険診療となりますので御承知おきください。

〈神経伝導検査 針筋電図検査の同意書〉

私は患者様に上記事項について説明しました。 年 月 日

医療機関名

担当医氏名

私は、神経伝導検査 針筋電図検査の目的や方法、危険性について説明を受けて理解した上で、神経伝導検査 針筋電図検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名

代理人氏名

(続柄)