

神經傳導檢查 (NCV) 及肌電圖 (EMG) 之衛生教育指導

2003/1/3 修訂 (檢 17) 2005/2/28 修訂 2006/6/15 檢閱
2008/12/28 修訂 2009/05/18 修訂

- 請於____月____日，上午或下午____點____分至肌電圖室（**外科棟大樓 6 樓**）報到登記。
- 請準時報到接受檢查，超過預定時間 10 分鐘，須重新排定檢查時間。
- 檢查前請將手腳清洗乾淨。
- 請穿著寬鬆衣物，勿穿緊身褲。
- 如需更改日期，請重新看門診與醫師重排時間。
- 檢查後依醫師原預約門診時間看報告，或自行掛號回診看報告。

羅東聖母醫院 敬祝健康

神經傳導檢查及肌電圖之衛生教育指導

病歷號碼：_____ 姓名：_____

於下述就醫日期至羅東聖母醫院就診，屆時領取衛生教育指導單張，經醫師或護理人員說明解釋業已瞭解。

衛教日期	家屬或病患簽名	指導者簽名	指導方式	指導評值
填表	指導方式代號說明（可複選） 講述→T1；衛教資料→T2；衛教光碟；示教→T4。			
說明	指導評值代號說明	完全錯誤或不會→R1；正確說出部份內容→R2；能完全正確說出內容→R3；能正確執行部份技術→R4；能完全正確執行部份技術→R5。		