

最近5年間に判読した5症例の筋電図・神経伝導検査等を各症例5ページ以内で提出。赤字で示した箇所の明記が必須。

Patient Information

ID	Pt1	患者IDは削除し本申請用のIDを付与	Date of birth	生年月日は削除
Name		患者氏名は削除	In Out	Out
Sex	男性		Doctor	○× △□
Age	49歳		Examiner	○× △□
Weight	## kg		Referring Department	◎◎◎ 科
Height	### cm		Examination Date	##年 ##月 ##日
Information	主訴：左第4, 5指のしびれ。病歴：1ヶ月前から発症。診察所見：左の第4指の尺側と第5指で感覚障害あり。左小指外転筋 MMT 2。左肘部で Tinel 徴候あり。臨床診断：左肘部での尺骨神経障害			
Comment	<p>●神経伝導検査</p> <p>運動神経伝導検査(MCS)： 左尺骨神経：ルーチン検査にて、肘部（肘下～肘上間）で伝導速度低下および伝導ブロック所見を認めた。そのため、インチング法を施行。内側上顆(ME)～内側上顆から2cm近位間で伝導速度低下および伝導ブロック所見を確認した。</p> <p>感覚神経伝導検査(SCS)： 左尺骨神経：正常</p> <p>診断 右肘部での尺骨神経障害(ulnar neuropathy at the elbow: UNE)である。インチング法にて内側上顆～内側上顆から2cm近位間での障害と考えられる。</p>			

本紙に相当する表書きを筋電図・神経伝導検査波形（別紙、A4サイズ、1症例5ページ以内）に添付して提出。

申請者が施行ないしは判読した検査であること。

申請者の署名（直筆）と指導医・専門医の署名（直筆）が各症例レポート1枚目に必要。

Examiner (直筆)

Supervisor (直筆)

Patient IDとページ
が分かるように記載。

Page 1/2_Pt1

Motor Nerve Conduction Study

Site	Lat.	Dur.	Amp.	Area	Segment	Distance	Interval	NCV	CCV	N.D.	Temp.
Ulnar Left											
Wrist	3.3ms	6.0ms	11.7mV	36.1mVms	*Wrist	60mm	3.3ms			-	33.5
Below Elbow	7.4ms	6.0ms	10.8mV	34.6mVms	Wrist-Below Elbow	227mm	4.1ms	55.2m/s		-	
Above Elbow	11.6ms	6.0ms	2.1mV	6.5mVms	Below Elbow-Above	50mm	4.2ms	12.0m/s		-	
ME+4cm	7.3ms	5.4ms	11.3mV	33.9mVms	ME+4cm-ME+2cm	20mm	0.4ms	47.6m/s		-	
ME+2cm	7.7ms	5.4ms	11.5mV	33.8mVms	ME+2cm-ME	20mm	0.7ms	29.0m/s		-	
ME	8.4ms	5.3ms	11.3mV	33.7mVms	ME-ME-2cm	20mm	2.6ms	7.8m/s		-	
ME-2cm	11.0ms	6.1ms	1.9mV	6.3mVms	ME-2cm-ME-4cm	20mm	0.5ms	37.0m/s		-	
ME-4cm	11.5ms	5.6ms	2.2mV	5.7mVms						-	

皮膚温の記載が必要。
一肢につき1箇所の記載が必要。

Sensory Nerve Conduction Study

Site	Lat.1	Lat.2	Amp.	Area	Segment	Distance	Interval	NCV	CCV	N.D.	Temp.
Ulnar Left											
Digit V-Wrist	2.4ms	3.6ms	9.1uV	5.1uVms	Digit V-Wrist	113mm	2.4ms	46.3m/s		-	
	2.4ms	3.7ms	9.1uV	5.3uVms						-	

Lt Ulnar MCS

Wrist

Below Elbow

Above Elbow

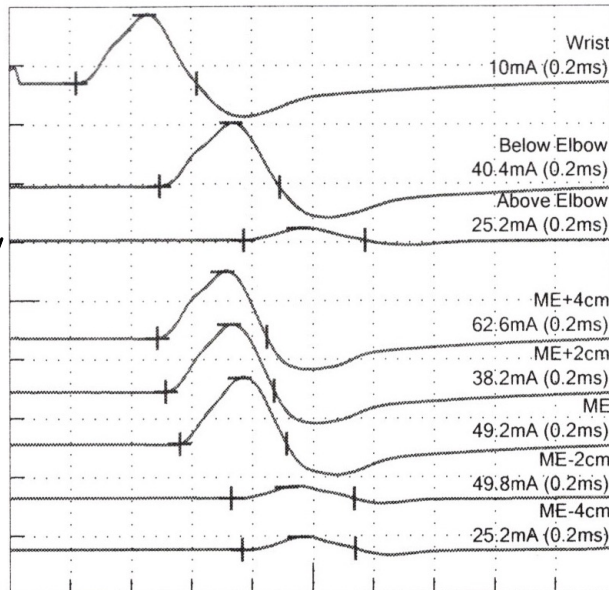
ME+4cm

ME+2cm

ME

ME-2cm

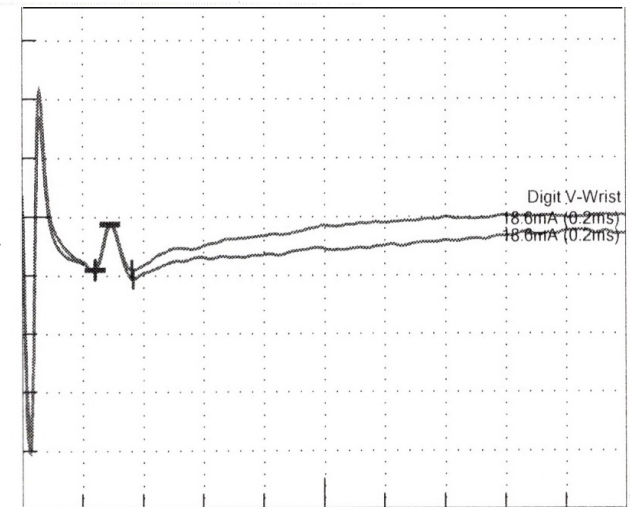
ME-4cm



A1: 10mV/3ms
B1: 10mV/3ms
C1: 10mV/3ms
D1: 10mV/3ms
E1: 10mV/3ms
F1: 10mV/3ms
G1: 10mV/3ms
H1: 10mV/3ms

Lt Ulnar SCS

Digit V



B1: 10uV/2ms
C1: 10uV/2ms

見本

医師用 所見レポート（筋電図神経伝導）

最近5年間に判読した5症例の筋電図・神経伝導検査等を各症例5ページ以内で提出。赤字で示した箇所の明記が必須。

Patient Information

ID	Pt2 患者IDは削除し本申請用のIDを付与	Date of birth	生年月日は削除
Name	患者氏名は削除	In Out	Out
Sex	男性	Doctor	○× △□
Age	45歳	Examiner	○× △□
Weight	## kg	Referring Department	◎◎◎ 科
Height	165 cm	Examination Date	##年 ##月 ##日
Information	主訴：両足のしびれとふらつき。病歴：約1年前から両足にジンジン感が出現。歩行時にふらつきあり。洗顔時に動揺。時に下肢に痛みが生じる。前医では脊椎MRIで異常なし。診察所見：DTR: PTR -/-, ATR -/-, 振動覚：内果 5/5秒。Romberg 徴候陽性。wide-based gait。臨床診断：深部感覚障害を生じる疾患。失調性ニューロパチー等		
Comment	●神経伝導検査(NCS) 運動神経伝導検査(MCS)：右脛骨神経：正常 感覚神経伝導検査(SCS)：右腓腹神経：正常 F波：右脛骨神経：正常 ●体性感覚誘発電位検査 右脛骨神経SSEP：P15までは正常。N21が導出されず。P38も潜時は正常だが低振幅。 診断 NCSで異常を認めなかったため、SSEPを施行。末梢神経レベルではなく、馬尾レベルでの障害が示唆される。診察所見および脊椎MRIで異常を認めないことから脊髄癆を鑑別に挙げる。（同日TPHA, RPR検査を提出。TPHA >100, RPR 104 R.U. (正常<1.0) と判明し、脊髄癆と確定診断。）		

申請者が施行ないしは判読した検査であること。申請者の署名（直筆）と指導医・専門医の署名（直筆）が各症例レポート1枚目に必要。

本紙に相当する表書きを筋電図・神経伝導検査波形（別紙、A4サイズ、1症例5ページ以内）に添付して提出。

Examiner (直筆)

Supervisor (直筆)

Patient IDとページ
が分かるように記載。

Page 1/3_Pt2

Motor Nerve Conduction Study

Site	Lat.	Dur.	Amp.	Area	Segment	Distance	Interval	NCV	CCV	N.D.	Temp.
Tibial Right											
Ankle	3.2ms	5.4ms	13.8mV	39.4mVms	*Ankle	65mm	3.2ms				
Popliteal	9.9ms	6.3ms	10.1mV	35.4mVms	Ankle-Popliteal	350mm	6.7ms	52.2m/s			

皮膚温の記載が必要。
一肢につき1箇所の記載が必要。

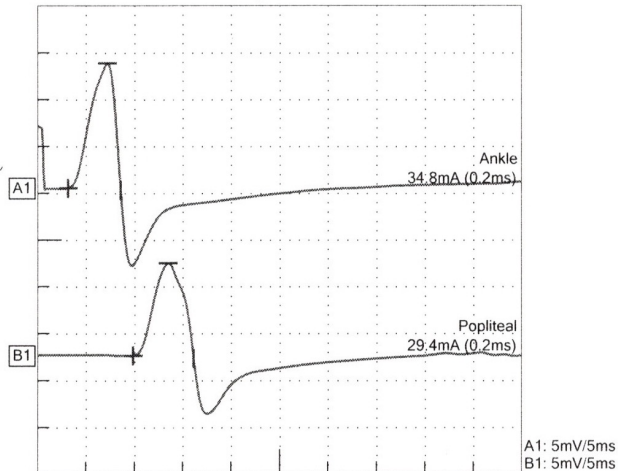
Sensory Nerve Conduction Study

Site	Lat.1	Lat.2	Amp.	Area	Segment	Distance	Interval	NCV	CCV	N.D.	Temp.
Sural Right											
Mid.Calf	2.5ms	3.7ms	23.6uV	13.5uVms	Mid.Calf	140mm	2.5ms	56.0m/s			32.3
	2.5ms	3.7ms	24.3uV	13.0uVms							

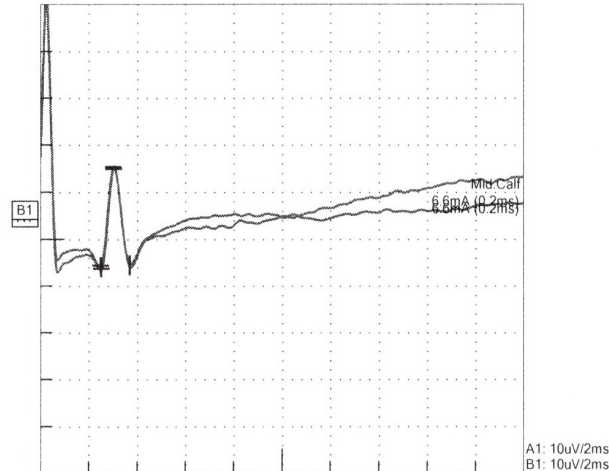
F-wave

Nerve	Side	Stim.Site	F-Lat.	F-Lat.N.D.	M Lat.	F-M Lat.	F-Occurr.	Distance	FWCV	N.D.
Tibial	Right	Ankle	45.4ms				16 / 16 , 10 %			

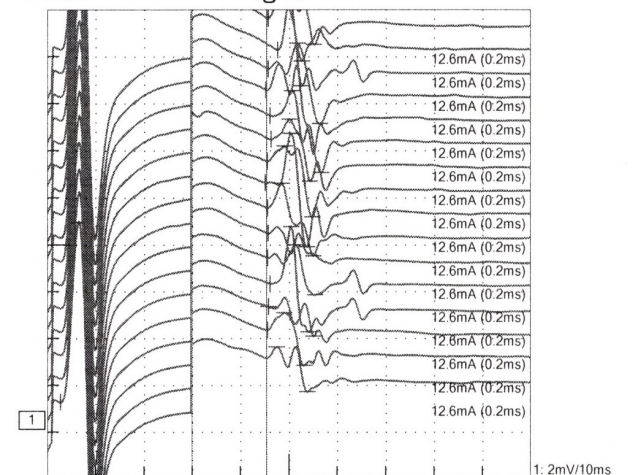
Rt Tibial MCS



Rt Sural SCS



Rt Tibial F-wave



見本

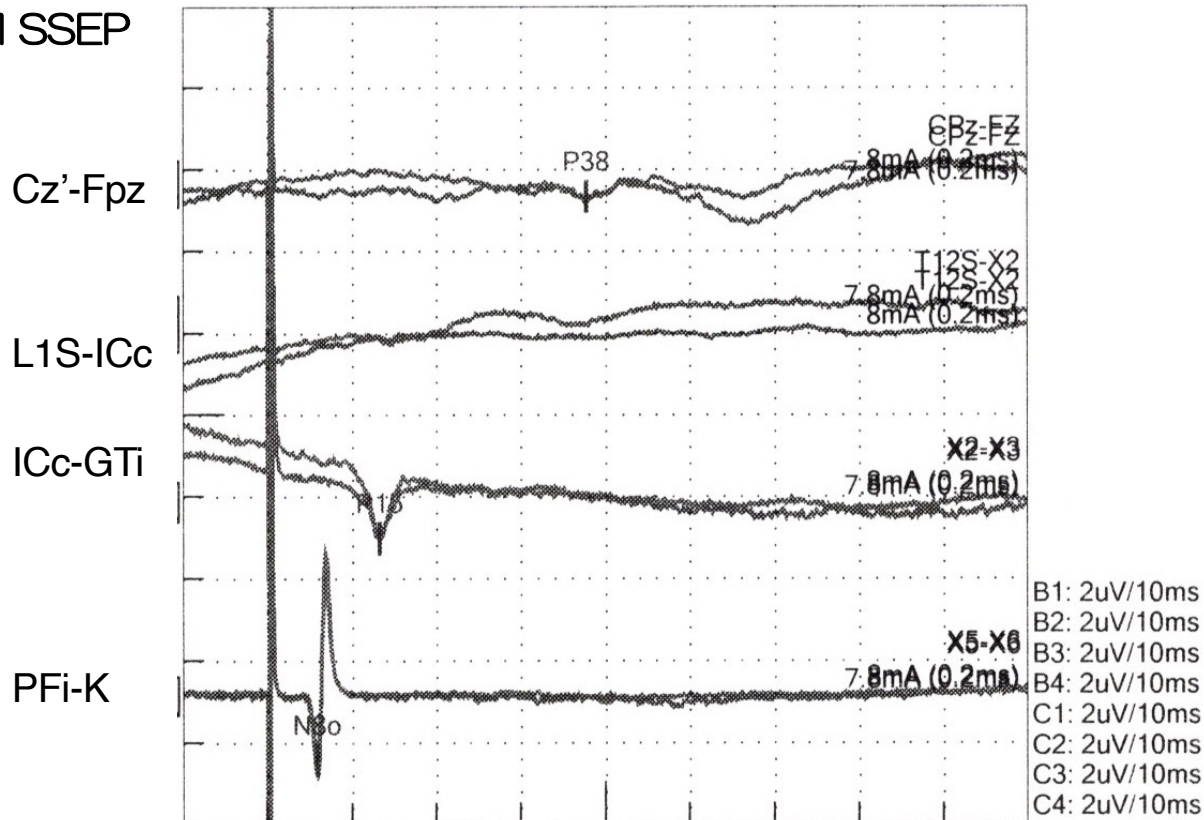
医師用 所見レポート (筋電図神経伝導)

SSEP

[4ch. 下肢 右刺]

Wave	Electrode	Latency					Stim.	Ave.
		N8o	P15	N21	P38	N30		
C1	CPz-FZ				37.8ms		8mA	501
C3	X2-X3		13.3ms				8mA	501
C4	X5-X6	5.9ms					8mA	501

Rt Tibial SSEP



見本

医師用 所見レポート（筋電図神経伝導）

最近5年間に判読した5症例の筋電図・神経伝導検査等を各症例5ページ以内で提出。赤字で示した箇所の明記が必須。

Patient Information

ID	Pt3 患者IDは削除し本申請用のIDを付与	Date of birth	生年月日は削除
Name	患者氏名は削除	In Out	Out
Sex	男性	Doctor	○× △□
Age	65歳	Examiner	○× △□
Weight	## kg	Referring Department	◎◎◎ 科
Height	### cm	Examination Date	##年 ##月 ##日

Information
主訴：進行する筋力低下。病歴：7ヶ月前右上肢筋力低下で発症。その後右下肢にも筋力低下出現し転倒するようになった。診察所見：上腕三頭筋、大腿四頭筋に線維束性収縮あり。MMT: DL 4-/4+, BB 5-/5, TB 4/5-, WE 4+/5-, WF 4+/5-, FDP1 4-/4+, FPL 4/4+, FDP4 4+/5-, IL 4-/4+, QF 5-/5, Hams 4/4+, TA 4-/4+, GC 5-/5, big toe ext. 4-/4. DTR BB ++/++, PTR ++/++, ATR +/+, 下顎反射亢進。診断：筋萎縮性側索硬化症(ALS)を第一に考える。

Comment
●反復刺激試験(RNS test)
右副神経(僧帽筋記録)：3Hzにて14%の decrement を認めた。
●針筋電図検査(EMG)
右僧帽筋，左T10傍脊柱筋，右三角筋および第一背側骨間筋にて安静時自発電位（陽性鋭波や線維自発電位）を認めた。三角筋および第一背側骨間筋では運動単位数の減少および高振幅長持続時間 MUP を認めた。
診断
EMG で少なくとも2領域でLMN徴候を認める。僧帽筋およびT10傍脊柱筋で安静時自発電位を認め，RNS test で僧帽筋にてdecrementを認めており，ALSを強く支持する。

本紙に相当する表書きを筋電図・神経伝導検査波形（別紙，A4サイズ，1症例5ページ以内）に添付して提出。

申請者が施行ないしは判読した検査であること。申請者の署名（直筆）と指導医・専門医の署名（直筆）が各症例レポート1枚目に必要。

Examiner (直筆)

Supervisor (直筆)

Patient IDとページ
が分かるように記載。

見本

医師用 所見レポート (筋電図神経伝導)

Repetitive.stim

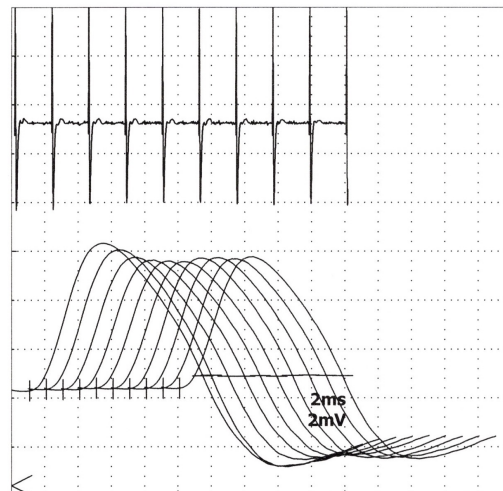
Nerve	Accessory	Side	Right										
No.	Amp.	Amplitude Decrement					Rate	Temp.					
7	6.0mV	0.0%	5.6%	10.5%	12.4%	13.8%	13.9%	11.4%	11.3%	12.3%	10.8%	3	33.0
No.	Area	Area Decrement					Rate						
7	34.4mVms	0.0%	10.5%	15.0%	17.0%	18.8%	18.6%	17.1%	16.8%	17.5%	16.4%	3	

皮膚温の記載が必要。
一肢につき1箇所の記載が必要。

EMG Findings Summary

Muscle	Side	Ins. Act.	Fibs.	Pos. Wave	Fasc.	MYO. Disch.	Normal MUP	Poly	Low Amp.	High Amp.	Dur.	Recruit	Int. Patt.
Trapezius, Upper	Right	Incr.	0	+1	0	0	+3	N	0	0	Normal	Normal	Full
Paraspinal, Thoracic 10	Left	Incr.	+1	+2	0	0		.					
Deltoid	Right	Incr.	+1	+1	0	0	+1	+1	0	+1	N~L	Late	Reduce
1st Dorsal Inter.	Right	Incr.	+1	+2	0	0	+1	+1	0	+1	N~L	Late	Reduce

RNS test Rt. Accessory (Trapezius)

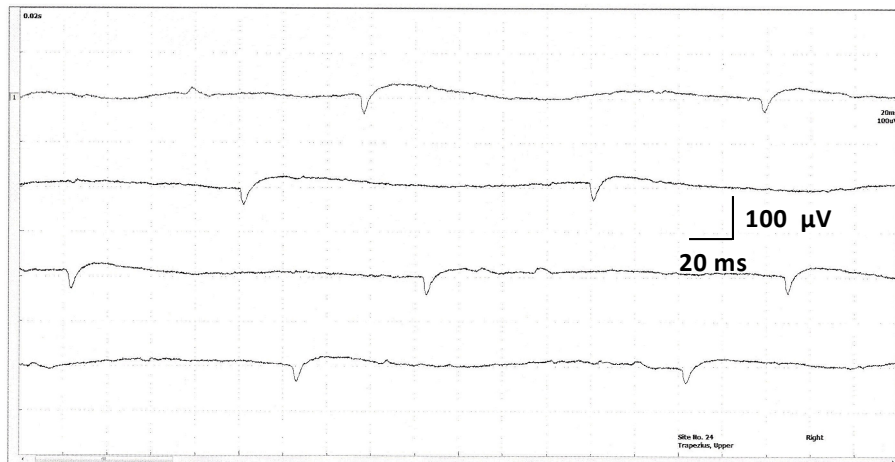


Stim. No.	Annotation	Amp.	Decr. (%)	Area	Decr. (%)	Stim. 1
1		6.03mV	0.0	34.4mVms	0.0	17.4mA
2		5.69mV	5.6	30.8mVms	10.5	17.4mA
3		5.40mV	10.4	29.2mVms	15.0	17.4mA
4		5.28mV	12.4	28.5mVms	17.0	17.4mA
5		5.20mV	13.8	27.9mVms	18.8	17.4mA
6		5.19mV	13.9	28.0mVms	18.6	17.4mA
7		5.34mV	11.4	28.5mVms	17.1	17.4mA
8		5.35mV	11.3	28.6mVms	16.8	17.4mA
9		5.29mV	12.3	28.4mVms	17.5	17.4mA
10		5.38mV	10.8	28.7mVms	16.4	17.4mA

見本

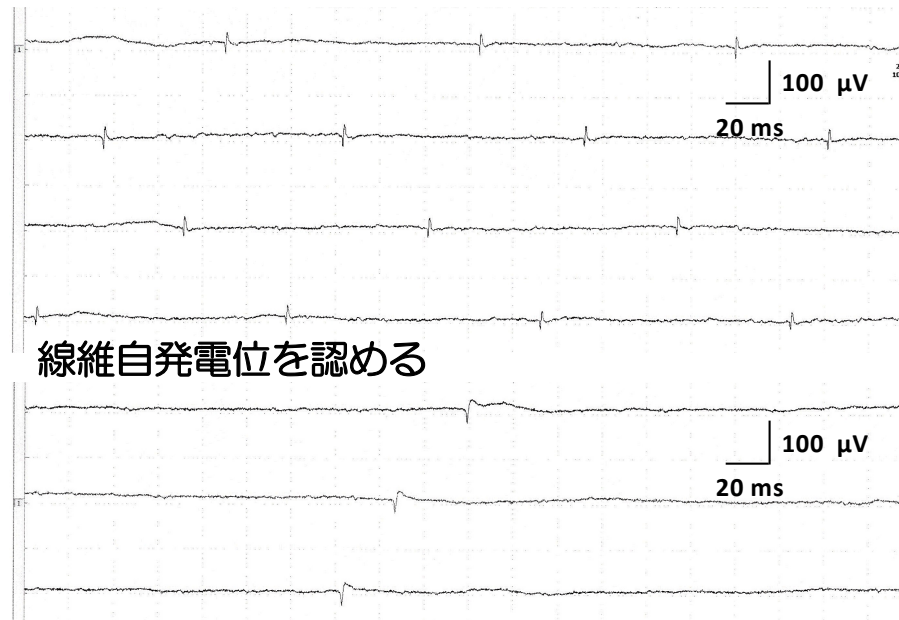
医師用 所見レポート（筋電図神経伝導）

EMG Rt. Trapezius 安静時



陽性鋭波を認める

Lt. Paraspinal (T10) 安静時



線維自発電位を認める

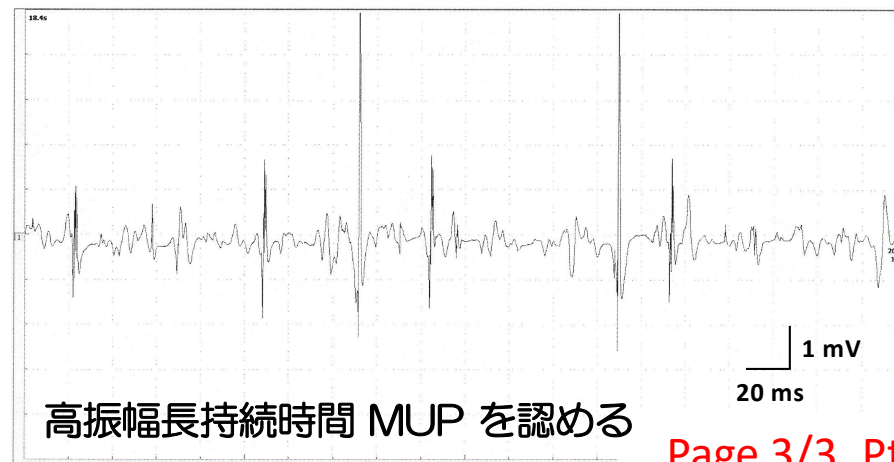
陽性鋭波を認める

Rt. Deltoid 随意収縮時



運動単位数の減少を認める

1st Dorsal Inter 随意収縮時



高振幅長持続時間 MUP を認める