

脳波検査予約申込書

《 紹介患者情報 》

《 紹介元情報 》

<フリガナ>
患者氏名： _____ 様
生年月日：明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別： 男性 ・ 女性

TEL 番号： _____
住所： 〒 _____

<フリガナ>
医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
TEL 番号： _____
FAX 番号： _____

診療科： _____ 科
ご担当医師名： _____ (印)

※ 検査レポートは、出来次第 郵送致します。(通常2週間以内) 検査当日のお渡しは出来ません。

※ 睡眠脳波は自然睡眠記録となります。(催眠剤は使用しません。)

※ 検査レポートには、測定波形の一部を紙に印刷して添付します。(基礎波形、所見あり波形など)

※ 全脳波をコピーした CD を同封します(Windows7まで閲覧可)。全脳波の紙出しは出来ません。

《 検査予定日 》

月 日 () 15:00
< 実施曜日 火・金 > 検査時間 約1時間

《 既往歴 》

てんかん
 不整脈
 脳血管障害
 もやもや病 (HV 賦活禁忌)
 閉所恐怖症 (シールドルーム内で検査)
 その他(_____)

《 脳波検査 検査目的 》

スクリーニング
 けいれん
 意識消失
 てんかんの既往
 てんかんの疑い
 認知症の疑い
 その他(_____)

《 賦活検査項目 》

※賦活が**不要の場合**
チェックをして下さい。

光刺激
 HV(過呼吸)

《 備考・特記事項 》
