

《脳波・光トポグラフィー検査用》脳神経検査予約申込書

《 紹介患者情報 》

<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： 〒 _____

《 紹介元情報 》

<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)

- ※ 脳波・光トポグラフィー検査レポートは、通常 2 週間以内に郵送致します。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。）
- ※ 脳波検査レポートには、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）
- ※ 脳波は全脳波をコピーした CD を同封します（Windows10まで閲覧可）。全脳波の紙出しは出来ません。
- ※ 光トポグラフィーは自費(6,600 円 税込)となります。

《 検査区分 および 検査予定日時 》

脳波検査 検査時間 約1時間

<実施曜日・時間 火・金 15:00~>

月 日 () 15:00

光トポグラフィー検査 検査時間 約30分

<実施曜日・時間 木 ①15:30~, ②16:10~>

月 日 (木) ①15:30 ②16:10

《 脳波検査 検査目的 》

- てんかん
- てんかんの疑い
- 認知症の疑い
- その他()

<既往歴>

- 不整脈
- 脳血管障害(HV 賦活禁忌)
- 閉所恐怖症 (シールドルーム内で検査)
- その他()

※賦活が**不要の場合**チェックして下さい。

- 光刺激
- HV(過呼吸)

《 光トポグラフィー検査 検査目的 》

- 抑うつ状態鑑別
- 発達障害・ADHD
- 双極性障害
- 統合失調症
- 治療効果判定
- その他()

<症状>

- 睡眠障害
- 気分の不安定・抑うつ気分・爽快気分
- 食欲の減退または増加
- 意欲低下・集中力低下
- その他()

《 備考・特記事項 》
