

小児科脳波検査申込書・情報提供書

県立十日町病院地域医療連携室 行

FAX送信日 令和____年____月____日

FAX 025-757-5699 (直通)

医療機関名 _____

医師名 _____

希望検査日 ____年____月____日 曜日

※ 月～金の午後になります。

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日 歳	
現住所		
電話番号	() -	

診断名	
検査目的・症状	
<検査時>	《入眠困難時の当院の対応》
過呼吸 可・禁	1. 自然睡眠時は覚醒時の脳波のみになります
光刺激 可・禁	2. 睡眠導入剤を使用しても入眠しない時は 覚醒時の脳波のみとなります
睡眠 必要・不要	3. 電極を装着困難な時は検査中止になります
睡眠導入剤 必要・不要	
脳波判読 必要・不要	
コメント（内服薬など）	

※後日、予約案内票をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

来院の際は、小児科の外来窓口で、この用紙のコピーと予約票を添えてお申し付け下さい。

また、**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いいたします