

小児科脳波検査申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行 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> 過呼吸 可・禁 光刺激 可・禁 睡眠 必要・不要 睡眠導入剤 必要・不要 脳波判読 必要・不要	《入眠困難時の当院の対応》 1. 自然睡眠時は覚醒時の脳波のみになります 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 3. 電極を装着困難な時は検査中止になります
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