

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>	《入眠困難時の当院の対応》
過呼吸 可・禁	1. 検査予約時間より、30分超過しても電極装着 ができない場合、検査中止とします。 2. 検査開始し、30分超過しても入眠しない場合、 睡眠導入剤の有無に関わらず覚醒時の脳波の みとなります。
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	
※ トリクロリールシロップ 必要 (ml)・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。