

# 小児脳波検査申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

FAX 025-757-5699 (直通)

送信日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

希望検査日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_曜日

※ 小児脳波：月～金の午後

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

## 小児脳波検査（睡眠脳波）

検査目的・症状

<検査時>

過呼吸 可・禁

光刺激 可・禁

睡眠導入剤 必要 ( ) ・ 不要 ・ 持参 ( )

備考

《入眠困難時における当院の対応》

・ 入眠しない時は覚醒時の脳波のみとなります

・ 電極を装着困難な時は検査中止になります

※後日、予約票・検査説明書をFAXにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

【十日町病院に来院される患者様へお願い】

予約時間に遅れないようご来院ください。

マイナンバーカード又は保険証 お薬手帳を忘れずにお持ち下さい。

受付後、小児科の外来窓口にこの用紙と予約票を添えて検査依頼をお申し出ください。