

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

※ 小児脳波：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	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>	可・禁	《入眠困難時における当院の対応》
過呼吸	可・禁	・ 入眠しない時は覚醒時の脳波のみとなります
光刺激	可・禁	・ 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	・ 持参 ()
備考		

※後日、予約案内票・検査説明書を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