

脳波検査（標準）依頼書

患者氏名		生年月日	年	月	日
------	--	------	---	---	---

記録法	標準（30分以内）	判読希望科	<input type="checkbox"/> 神経内科
	<input type="checkbox"/> 賦活なし <input type="checkbox"/> 賦活要 [光] <input type="checkbox"/> 睡眠 [自然]		<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 小児科
当院での検査歴	<input type="checkbox"/> 初（ ）回目		
臨床診断			
症状経過			
要望事項			
感染症	HBs（ + - 未 ）	HCV（ + - 未 ）	
	Wa氏（ + - 未 ）	その他（ + - 未 ）	
投薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
患者状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 抵抗的 意識（ <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> レベル低下 ）		

検査目的（必ずチェックしてください）

- 正常脳波であるか？ 病変の部位診断（注意すべき部位は）
 何らかの異常があるか？
 脳器質障害、意識障害等の判定
 発作波の有無
 発作型の診断 経過観察（前回と比較して異常の程度の増悪、改善）
 障害の程度
 予後判定のため
 診断書または鑑定書のため その他
 診断確定の参考

※過呼吸賦活を希望される場合および精神神経科に判読を依頼される場合は、検査予約を行っておりませんので、外来診療の初診予約システムでご紹介ください。