

脳波検査（標準）依頼書

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

| | | | |
|---------|--|---------------|--|
| 記録法 | <input type="checkbox"/> 賦活なし <input type="checkbox"/> 賦活要〔光〕 ※判読は脳神経内科の医師が行います。 | | |
| 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、および脳神経内科の医師以外の判読を依頼される場合は、検査予約を行っていませんので、外来診療の初診予約システムでご紹介ください。