脳波検査依頼書

年　　　月　　　日

一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院

**〒**965-8585　福島県会津若松市山鹿町３番２７号

地域医療連携課　 TEL　(0242)－29－9832

FAX　(0242)－29－9803

医療機関名

臨床検査科　生理機能検査室御中　　　 所在地

医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患　者　氏　名 | | 性別 | 生　　年　　月　　日 |
| ふりがな | | 男　女 | 年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
|  | | 連絡先　　　　　　　　－　　　　　－  （自宅・携帯） | |
| 住　所 |  | | |

下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 竹田病院受診歴 | 有　　　　・　　　　無 |
| 検査項目 | 安静時脳波　　　　□ 閃光刺激　　□ 過呼吸賦活　　□ 睡眠賦活 |
| 検査目的 | * てんかんの鑑別 * てんかんのフォロー * その他   (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 検査予約日時 | 年　　　　月　　　日　　ＡＭ・ＰＭ　　　　時　　　分 |
| 症状 |  |
| 確認事項 | * 過換気の既往があります * モヤモヤ病の既往があります |
| 特記事項 |  |