脳波検査依頼書兼診療情報提供書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名： | 熊本市医師会熊本地域医療センター | 依頼日： | 年　　月　　日 |
|  | 　脳波検査　担当医　殿 |
|  |  |  |
| 紹介元医療機関の名称： |  |
|  | 所在地： |  |
|  | 電話番号： |  | FAX： |  |
|  | 依頼医師氏名： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： |  | 殿 | 性別： |  |
| 患者住所： |  | 電話番号： |  |
| 生年月日： |  | 年　 |  | 月 |  | 日 | （ |  | ） | 歳 | 職業： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日 |  | 年 |  | 月 |  | 日　　　　 | 患者番号： |  |

記録条件　※✓印を付けて下さい（複数選択可）

[ ] 　安静閉眼

[ ] 　過呼吸　　　注意：新型の呼吸器感染症流行時には過呼吸検査実施できません

[ ] 　光刺激

[ ] 　睡眠

臨床診断及び紹介目的　※✓印を付けて下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | ） |

|  |
| --- |
| [ ] 異常脳波の有無 [ ] 経過観察　　　　　　　　　　　  |
|  |
| 　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

〈　既往歴　症状経過　治療経過　現在の処方　検査結果　等　〉

※下記に該当する場合は✓印を付けて下さい

　　[ ] 　ＣＤ要

　[ ] 　判読不要

* 当日検査は予約時間と、多少前後する場合があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受付直通（月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00） | 電話 096-366-1323 | Fax 096-363-3416  |
| 熊本市医師会　熊本地域医療センター（代表） | 電話 096-363-3311　 | Fax 096-362-0222  |