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

☐異常脳波の有無　☐経過観察　☐その他（　　）

〈　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