

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 家族歴 等 〉

備考

※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