

30分以上	0929
30分以上・睡眠	6930

(会計用)

脳波検査

No. _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 予約時間 _____

氏名(漢字) _____ 様 年齢 _____ 才

前回検査・無 / 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

臨床所見

依頼医 _____

【検査目的】

1. Epilepsyの疑 2. 意識レベルの判定 3. 経過観察 4. その他 (_____)

【脳波に影響する薬物服用の有無】

1. 抗痙攣剤 2. 精神安定剤 (major / minor) 3. その他 (_____)

使用薬剤名：(_____) _____ mg/day (_____) _____ mg/day

*上記項目は依頼時に記入願います。

【記録時所見】

開始時刻 _____ : _____ ~ 終了時刻 _____ : _____ 最終服用 _____ 日 _____ : _____ 頃

一週間以内の発作：無 / 有 (_____ 月 _____ 日) 利き手：右 / 左 / 不明

意識障害：無 / 軽度 / 中等度 / 高度 (JCS : _____ ; GCS : E _____ , V _____ , M _____)

記録状態：安静覚醒 / 光刺激 / 過呼吸 / 自然睡眠 / 薬物睡眠

examined by _____

【脳波所見】

Base :

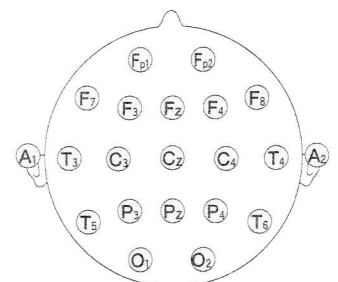
PS :

HV :

Other abnormalities :

【判定】 Normal Borderline Abnormal

Comment :



判読日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

三島総合病院 検査室

interpreted by _____