

# 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

依頼医 \_\_\_\_\_

## 【検査目的】

1. Epilepsyの疑い      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

記録状態 : 安静覚醒 / 光刺激 / 過呼吸 / 自然睡眠

examined by \_\_\_\_\_

## 【脳波所見】

Base :

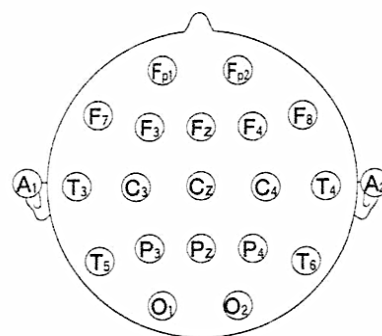
PS :

HV :

Other abnormalities :

【判定】    ☐ Normal    ☐ Borderline    ☐ Abnormal

Comment :



判読日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

JCHO三島総合病院      検査部

interpreted by \_\_\_\_\_