

脳波依頼チェックリスト

患者氏名()

以下の項目の□にチェックを入れ、記入してください。

分類	☐ 脳波(覚醒) ☐ 脳波(睡眠賦活検査)
賦活検査の要否	☐ 過呼吸 ☐ 光刺激
眠剤の有無	☐ あり () ☐ なし
現症	☐ めまい ☐ 頭痛 ☐ けいれん ☐ 熱性けいれん ☐ 意識消失 ☐ 意識障害 ☐ その他 ()
既往症	☐ なし ☐ てんかん ☐ 脳障害 ☐ 発達遅滞 ☐ その他
検査目的	☐ 精密検査 ☐ てんかん波の有無 ☐ 経過観察 ☐ 脳障害の有無 ☐ その他 ()

臨床診断・病名	
けいれん・意識消失 の状況	
既往症 (心疾患・肝疾患など)	
フリーコメント	

令和 年 月 日

医師 _____
(ご紹介元の先生のご署名をお願いします)