**小児脳波検査申込書・情報提供書**

送 信 日 　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医 師 名

TEL

FAX

県立十日町病院　患者サポートセンター行

ＦＡＸ ０２５-７５７-５６９９（直通）

希望検査日　　 年　　月　　日　　曜日

※ 小児脳波：月～金の午後

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 患者氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 平・令　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　歳 |
| 現 住 所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　 　　　－ |

|  |
| --- |
| **小児脳波検査（睡眠脳波）** |
| 検査目的・症状 |
| ＜検査時＞ 《入眠困難時における当院の対応》過呼吸　　　　可・禁 ・入眠しない時は覚醒時の脳波のみとなります光刺激　　　　可・禁 ・電極を装着困難な時は検査中止になります睡眠導入剤　　必要（　　　　　　　　　）・　不要　・持参（　　　　　　　　　　）備考　　　　　 |

※後日、予約票・検査説明書をＦＡＸにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

**【十日町病院に来院される患者様へお願い】**

予約時間に遅れないようご来院ください。

**マイナンバーカード又は保険証 お薬手帳**を忘れずにお持ち下さい。

**受付後、小児科の外来窓口にこの用紙と予約票**を添えて検査依頼をお申し出ください。

R6.4