

聖母病院 脳波検査 申込用紙

この用紙を当日、当院受付カウンター1.2にご提示ください。

依頼日 年 月 日 病院名 医師名

予約日時： 年 月 日() 時 分から

フリガナ
患者氏名： _____

生年月日 / 性別： _____ 年 月 日 (男・女)

・睡眠賦活の有無

1.必要

トリクロロールシロップ (自然睡眠できない場合投与)

() ml 追加 () ml

総量 () ml まで

2.時間内に自然睡眠できたら記録

3.必要なし：

聖母病院 脳波検査 電話番号 03-3951-1111(内線 776)

脳波を受けられる患者さまへ

- ① 予約時間の 15分前 に当院受付カウンター1.2 にいらして下さい。
- ② できるだけ自然な髪型でいらして下さい。
- ③ なるべく自然睡眠を記録したいので、睡眠賦活が必要な場合は、睡眠不足にしてきて下さい。(覚醒時記録の出来ない小児の場合も含みます。)
- ④ 所要時間は、睡眠賦活を行った場合で1時間30分位、行わなければ1時間位です。
- ⑤ お帰りの際、脳波をお持ち帰りいただくためお荷物が増えますことをご了承ください。